

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção em Enfermagem Nefrológica

Relatório de Estágio

Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem Nefrológica no Cuidado à Pessoa com
Alteração da Função Renal

Luís Filipe de Sá Nogueira Rodrigues

Lisboa
2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção em Enfermagem Nefrológica

Relatório de Estágio

Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem Nefrológica no Cuidado à Pessoa com
Alteração da Função Renal

Luís Filipe de Sá Nogueira Rodrigues

Orientador: Professora Maria Eulália Leite da Mota Novais

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Agradecimentos

À Professora Orientadora, Maria Eulália Novais, pelo apoio e estímulo durante este percurso.

Aos colegas que orientaram os meus estágios: Cristina Baltazar, Ana Sousa, Anabela Santos,

Clara Vasconcelos e João Casal.

Aos colegas de especialidade.

A todos os meus amigos e familiares que estiveram presentes neste processo e período de vida.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CE – Cuidados de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DP – Diálise Peritoneal

DRC – Doença Renal Crónica

EDTNA/ERCA – European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

FAV – Fístula Arteriovenosa

GPI – Ganho de Peso Interdialítico

HD – Hemodiálise

HTA – Hipertensão Arterial

JBÍ – Joanna Briggs Institute

KDIGO – Kidney Disease Improving Global Outcomes

LRA – Lesão Renal Aguda

NKF - National Kidney Foundation

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TEP – Teste de Equilíbrio Peritoneal

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TMC – Tratamento Médico Conservador

TR – Transplante Renal

TSE – Técnicas de Suporte Extracorporal

TSFR – Técnicas de Substituição da Função Renal

TSRA – Técnicas de Suporte Renal Agudo

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCInt – Unidade de Cuidados Intermédios

UF – Ultrafiltração

RESUMO

Portugal mantém a tendência para o crescimento anual de Doença Renal Crónica estágio 5 ou terminal, com os números mais elevados de incidência e prevalência da Europa e superiores à média dos países da OCDE (Macário, 2015), implicando a intervenção frequente de profissionais especializados.

O domínio de conhecimentos e competências determinam a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica desde a prevenção da doença até ao seu tratamento, incluindo programas de educação para a saúde, o controlo da patologia e sintomas associados, a realização de técnicas de substituição da função renal, os cuidados nos períodos pré e pós transplante, bem como a atuação face ao tratamento médico conservador.

A abrangência da atuação deve motivar, no futuro, o reconhecimento da nefrologia como área autónoma de especialização em enfermagem, alicerçada no seu vasto alcance de conhecimentos, atuação em todo o ciclo de vida, exercida em todos os contextos de prestação de cuidados e respondendo às necessidades crescentes da população com patologia única ou múltipla mas condicionante da função renal.

O presente relatório surge como relato de frequência do ciclo de estudos de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção de enfermagem nefrológica, prova do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa com alteração da função renal em diferentes contextos de estágio. Compreende também o relatório de uma investigação realizada através de revisão *Scoping*, seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*, com o objetivo de identificação do core de competências específicas destes profissionais.

Os resultados expressam a lacuna de publicações na área, identificando um fluxo de investimento necessário, com vista ao reconhecimento da atuação específica do enfermeiro de enfermagem nefrológica em Portugal, comprometendo profissionais, instituições e tutela, com vista aos ganhos em saúde e resposta às verdadeiras necessidades da população, implicando o esforço na qualificação dos profissionais e na garantia de cuidados de qualidade.

Palavras-chave: enfermeiro, enfermagem nefrológica, competências.

ABSTRACT

Portugal maintains the trend towards to the annual growth of Chronic Renal Disease stage 5 or terminal, with the highest incidence and prevalence figures in Europe and above the OCDE countries average (Macário, 2015), requiring the frequent intervention of specialized professionals.

The domain of knowledge and skills determine the scope of nurses specialized in nephrology nursing from the prevention of the disease to its treatment including health education programs, control of the disease and its symptoms, performing renal function replacement techniques, caring in the pre and post-transplant phase as well as acting against conservative medical treatment.

The scope of practice should motivate the future recognition of nephrology as an autonomous area of nursing specialization, based on its vast scope of knowledge and performance throughout the cycle of life, exercised in all contexts of care and responding to the needs of the population with single or multiple co-morbidities that condition the renal function.

The present report is an account of the frequency of the cycle of specialized studies in med-surg nursing in the area of intervention of nephrological nursing, proof of the development of skills of the nurse specialist in the care of the person with altered renal function in different stages of the clinical training. Also, includes the report of an investigation carried out through *Scoping review*, following the methodology of the *Joanna Briggs Institute*, with the objective of identifying the core competencies of these professionals.

The results achieved express the lack of publications in the area identifying the necessary investment in order to recognize the specific scope of practice of the nurse specialized in Nephrology in Portugal, involving professionals, institutions and guardianship with a view to health gains and response to the real needs of the population, implying the effort in the qualification of the professionals and in the guarantee of quality of care.

Key words: Nursing, Nephrology Nursing, Clinical Competence.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	1
1. QUADRO CONCEPTUAL	3
1.1. A Doença Renal Crónica	3
1.1.1. Definição	3
1.1.2. Etiologia e Estádios	4
1.1.3. Modalidades de Tratamento	5
1.2. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica	6
1.3. Perspetiva de Enfermagem – Modelo das Transições de Afaf Meleis	8
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	11
2.1. Estágio em Unidade de Hemodiálise	11
2.1.1. Análise de Objetivos e Atividades	11
2.2. Estágio em Serviço de Internamento de Nefrologia	19
2.2.1. Análise de Objetivos e Atividades	19
2.3. Estágio em Unidade de Diálise Peritoneal	25
2.3.1. Análise de Objetivos e Atividades	25
2.4. Estágio de Opção em Unidade de Diálise	33
2.4.1. Análise de Objetivos e Atividades	33
3. ESTUDO SOBRE “INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NEFROLÓGICA NO CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL”	43
3.1. Objetivo	43
3.2. Questão	43
3.3. Background	43
3.4. Critérios de Inclusão	45
3.5. Estratégia de Pesquisa	45
3.6. Extração de Resultados	48
3.7. Discussão, conclusão e implicações para a pesquisa e prática	50
3.7.1. Discussão	50
3.7.2. Conclusão	54

3.7.3. Implicações para a investigação	55
3.7.4. Implicações para a prática	55
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

APÊNDICES

APÊNDICE I – Objetivos propostos pelo estudante para desenvolvimento durante os estágios: atividades, indicadores, recursos e respetivo cronograma.

APÊNDICE II – Caracterização dos Locais de Estágio, Equipas de Enfermagem e Populações Alvo.

APÊNDICE III – Folheto sobre biopsia renal elaborado durante o estágio em unidade de DP.

APÊNDICE IV – Quadro modelo para extração de dados construído no âmbito do processo de investigação através de metodologia de *Revisão Scoping* e segundo as normas do JBI: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica no Cuidado à Pessoa com Alteração da Função Renal.

APÊNDICE V – Quadros resultantes da extração de dados durante o processo de investigação através de metodologia de *Revisão Scoping* e segundo as normas do JBI: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica no Cuidado à Pessoa com Alteração da Função Renal.

APÊNDICE VI – Tradução dos quadros de competências do enfermeiro de nefrologia propostas por Lindberg, M., Lundstrom-Landegren, K., Johansson, P., Lidén, S. & Holm, U. (2012).

APÊNDICE VII – Referências bibliográficas da investigação por metodologia de *Revisão Scoping*: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica no Cuidado à Pessoa com Alteração da Função Renal.

APÊNDICE VIII – Referências bibliográficas dos artigos que constituíram a amostra final da investigação por metodologia de *Revisão Scoping*: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica no Cuidado à Pessoa com Alteração da Função Renal.

APÊNDICE IX – Atividades extra curriculares desenvolvidas durante o período de especialização.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama ilustrativo das diferentes fases do processo de seleção dos artigos.....	59
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Classificação da DRC segundo a NKF (2002)	16
Tabela 2: Casuística técnica desenvolvida durante o estágio de HD	27
Tabela 3: Casuística técnica desenvolvida durante os dois estágios de HD	50

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, integrante do 9º curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção de Enfermagem Nefrológica.

Esta unidade curricular compreende o processo de reconhecimento do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista durante o ciclo de estudos de três semestres, com vista à obtenção de grau de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem.

O relatório de estágio que se apresenta encontra-se dividido em três principais capítulos: quadro conceptual, atividades desenvolvidas em estágio e estudo sobre as competências do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica.

No quadro conceptual são tratados os conceitos teóricos essenciais à justificação dos restantes capítulos, entre eles a definição de doença renal, principais causas, breves dados epidemiológicos e modalidades de tratamento. Ainda neste capítulo são abordados os temas referentes ao enfermeiro especialista e modelo teórico de enfermagem que guiou a prática de cuidados e a reflexão sobre a mesma (Afaf Meleis).

No capítulo referente às atividades desenvolvidas em estágio, é contemplada a análise daqueles que foram os estágios desenvolvidos no terceiro semestre do ciclo de estudos, recorrendo a exemplos ilustrativos, surgidos da prática, para justificar a satisfação dos objetivos propostos, no respeito pelos determinados pela ESEL, áreas de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011 – DR, 2ª série; N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011) e pelos objetivos específicos estabelecidos pelo estudante aquando da elaboração do projeto de estágio.

Segue-se o capítulo referente ao estudo sobre as competências do enfermeiro especialista em nefrologia, com a apresentação do relatório de investigação, recorrendo à metodologia de *Revisão Scoping*, segundo as normas do *Joanna Briggs Institute*, e que foi desenvolvido durante todo o terceiro semestre.

Finda-se com as considerações finais, respetivas referências bibliográficas e apêndices, dando por terminado o documento que agora se apresenta e que será alvo de discussão pública.

A redação deste trabalho baseou-se nas normas para realização de trabalhos escritos da ESEL e seguiu as normas APA de referenciação.

1. QUADRO CONCEPTUAL

1.1. A Doença Renal Crônica

1.1.1. Definição

Os rins desempenham um papel fundamental no estado de equilíbrio celular interno essencial à vida, ou seja, atuam diretamente na homeostasia.

Considerando a existência de cerca de dois milhões de nefrônios (unidade funcional do rim), atinge-se uma taxa de filtração glomerular (TFG) de 125ml/minuto ou 180litros/dia.

O compromisso da função renal pode ocorrer de duas formas, desenvolvendo Lesão Renal Aguda (LRA) ou de Doença Renal Crônica (DRC), sendo considerada a sua passagem da primeira para a segunda, essencialmente, em função da durabilidade desse mesmo compromisso e/ou pela presença de lesão morfológica irreversível do órgão.

A LRA pode resultar de doenças primárias não associadas ao rim, surgindo como consequência de outra patologia, pelo que a sua definição nem sempre é precisa (KDIGO, 2013). Considere-se, assim, que esta pode surgir de um problema temporário e recuperável após um período de tratamento que controle o fornecimento de sangue, a obstrução do fluxo urinário, consequências de trauma e/ou septicémia.

Por outro lado, a DRC tem por base lesões irreversíveis e progressivas e é definida pela diminuição da TFG para valores inferiores a 60ml/minuto durante os últimos três meses. Apesar da TFG ser representante da componente funcional excretória do órgão, e tendo o rim, também, funções endócrina e metabólica, em verdade este é um elemento amplamente aceite como índice global de função renal.

A sintomatologia da doença renal (Síndrome Urémica) ocorre, principalmente, em fases mais avançadas, pelo que a detecção é comum quando a doença já é considerada crónica. Não obstante das principais causas da DRC serem irreversíveis, as linhas de tratamento tendem ao controlo da progressão, regressão parcial da lesão renal e melhoria da função do órgão.

Deve-se ainda clarificar que a maioria dos casos de DRC apresenta episódios de LRA, com necessária ênfase das medidas terapêuticas e consequências futuras no prognóstico de progressão da doença de base, morbilidade, mortalidade e nos custos associados para a saúde.

1.1.2. Etiologia e Estádios

Estimando-se a sua afeção em mais de 10% da população nos países desenvolvidos (GBD, 2015), a prevalência da DRC tem sofrido notável incremento. Com maior incidência na população masculina com idade superior a 65 anos, e considerando-se o envelhecimento gradativo da população em geral, com implicância em maior número de comorbilidades, a DRC é já considerada um problema global de saúde pública.

Segundo a *Sociedade Portuguesa de Nefrologia* (SPN, 2017), em Portugal, a Diabetes Mellitus (DM) é a causa mais comum da DRC, refletindo a tendência mundial e assumindo a percentagem de 28,0% no que respeita à doença primária dos doentes aceites para programa de hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP) até 31 de Dezembro de 2017. A Hipertensão Arterial (HTA), Glomerulopatias, Doença Poliquística, entre outras, são também causas primárias identificadas.

Sendo a DRC definida pela perda da função renal e aumento das concentrações séricas de ureia e creatinina, a *National Kidney Foundation* (NKF, 2002) define cinco principais estádios de doença, entre um e cinco, e que refletem o grau de afeção renal, com redução da TFG. Avalia a progressão da doença associando o agravamento de forma inversamente proporcional à redução da TFG.

Pode-se sistematizar a classificação segundo a tabela seguinte:

Tabela 1: Classificação da DRC segundo a NKF (2002)

Estádio	Descrição	TFG (ml/min/1,73m ²)
1	Lesão renal com TFG normal ou aumentada.	>90
2	Lesão renal com diminuição ligeira da TFG.	60-89
3	Diminuição moderada da TFG.	30-59
4	Diminuição severa da TFG.	15-29
5	Falência Renal.	<15 (em diálise)

A progressão da insuficiência renal associa-se a um conjunto de manifestações clínicas e laboratoriais, o já referido Síndrome Urémico, como efeito tóxico da acumulação de produtos catabólicos nitrogenados e outras toxinas no sangue, atingindo órgãos e sistemas. Deste facto é resultante o agravamento da sintomatologia do doente, o que determina modalidades de tratamento, incluindo as Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR), em início oportuno.

Portugal mantém a tendência ao crescimento anual de DRC estágio 5 ou terminal, superior à média dos países da OCDE, com as taxas mais elevadas de incidência e prevalência da Europa, 226,7 pmp e 1824,4 pmp, respectivamente, em 2015 (Macário, 2015).

Tal facto pode ser justificado, também, pelo envelhecimento da população e pelo aumento da esperança média de vida. No mesmo ano, cerca de 60-62% dos doentes com DRC estágio 5, em Portugal, encontravam-se na faixa etária acima dos 65 anos e 19,3% acima dos 80 anos (Macário, 2015), refletindo a forte representatividade desta problemática face à realidade da doença em Portugal.

1.1.3. Modalidades de Tratamento

O tratamento da DRC tem como objetivo compensar os danos resultantes da perda de função renal e inclui aspetos como:

- Identificação de sinais agudos e causas tratáveis da doença renal;
- Prevenção e controlo da progressão da doença: cuidados com a alimentação, controlo da hipertensão, hiperglicémia, hiperlipidémia, etc.;
- Tratamento sintomático de complicações como: doença cardiovascular, doenças metabólicas, hipercalemiemia, acidose metabólica, prurido, sintomas gastrointestinais e neuromusculares, entre outros.

No estágio 5 identificam-se quatro principais modalidades de tratamento: Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal (DP), Transplante Renal (TR) e Tratamento Médico Conservador (TMC).

Segundo dados da SPN, a HD em Portugal corresponde à TSFR mais utilizada, seguida do TR e da DP, com prevalências de 59,2%, 38,1% e 3,7%, nomeadamente. Estes dados também se refletem na distribuição de centros de tratamento em Portugal, considerando-se 123 de HD face às 25 unidades de DP, contemplando Continente e Ilhas (Macário, 2018).

Convém clarificar que a menor representação de doentes em DP, face ao número de doentes em HD, coloca o país numa situação inferior na realidade Europeia, podendo indiciar uma área de investimento da enfermagem especializada, dada a importância do profissional no processo de escolha e adesão ao regime terapêutico e delimitando linhas de atuação profissional futuras.

1.2. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica

A OE, através do *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*, reconhece o mesmo como um profissional habilitado com competência científica, técnica e humana e que presta cuidados de enfermagem (CE) gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (REPE, 1998).

O processo de progressão de enfermeiro generalista para enfermeiro especialista compreende o aperfeiçoamento da prática clínica e a aquisição de novas competências, tendo por base o conhecimento teórico sólido.

Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista da OE (2018), especialista é “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2018, p.1).

O mesmo organismo refere o aumento exponencial de enfermeiros especialistas no exercício de prática clínica como impulsionador e essencial ao cumprimento de metas éticas e deontológicas que emergem da capacitação do profissional para dar resposta a situações de grande complexidade.

As competências comuns do enfermeiro especialista estão organizadas segundo quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2018).

Segundo Benner (2001), independentemente dos conhecimentos obtidos através da formação, é ao longo da atividade em contexto profissional, de forma gradativa e aliada ao processo temporal que se desenvolve a competência.

De acordo com o modelo de competências de Dreyfus, Benner (2001) conclui que o indivíduo passa por cinco níveis/estados sucessivos de proficiência: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito, sendo este último, aquele que “tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (p.58).

A progressão, ao longo destes níveis, é reflexo da mudança induzida pela aquisição da competência, desenvolvida na prática clínica e vista como uma totalidade integrada do saber.

A pessoa com doença renal apresenta múltiplas dificuldades e necessidades, agudas e crónicas, para os quais são exigidas respostas especializadas por parte dos profissionais, atuando não só no controlo da doença e na sua progressão, mas desenvolvendo a prática desde a prevenção ao tratamento, nas suas mais diversas realidades.

Surge o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EMC) como o profissional com competências específicas, agora presentes no Regulamento nº429/2018 de 16 de Julho de 2018, que cuida da pessoa e família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, otimizando e gerindo o ambiente e processos terapêuticos, nomeadamente nas áreas da pessoa em situação crítica, em situação paliativa, perioperatória e crónica.

Dada a especificidade da pessoa com patologia do foro nefrológico, a EDTNA/ERCA estabelece, em 2007, as competências específicas do enfermeiro especialista em nefrologia, através do *European Competency Framework for Nephrology Nurses*, defendendo que são os enfermeiros especialistas em nefrologia que prestam o cuidado total a estes doentes, pela complexidade de cuidados a nível físico, social e psicológico. São, por isso mesmo, profissionais para quem é importante a aquisição de competências com vista à garantia da gestão de problemas decorrentes da patologia renal.

É por este motivo que o presente ciclo de estudos planificou a aquisição e o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista que, direcionado para a área específica da enfermagem nefrológica, tem necessidade de aliar competências definidas a nível nacional e europeu, com vista ao alcance de objetivos e na ótica do desenvolvimento de iniciado a perito, para satisfazer as necessidades no cuidado à pessoa com alteração da função renal e, consequentemente, alocado à área científica da nefrologia.

1.3. Perspetiva de Enfermagem – Modelo das Transições de Afaf Meleis

Meleis (2010) define pessoa como um ser humano cujas necessidades estão em constante interação com o meio ambiente e com a sua capacidade de adaptação ao mesmo. O meio é facilitador e catalisador para a definição que a pessoa tem de si mesma e chave do autocuidado. A saúde, mais do que a ausência de doença, é um meio pelo qual são permitidas a auto realização e concretização enquanto ser humano. Assim, doença ou vulnerabilidade face a potenciais doenças fazem com que a pessoa entre ou esteja em risco de desequilíbrio.

O conceito de *transição* para a Enfermagem, segundo o modelo teórico de Afaf Meleis (2010), é definido como a passagem de um estado, lugar ou condição estável para outro estado estável requerendo, por parte da pessoa, a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e até a alteração ou adaptação à definição de si própria e da sua identidade.

É um processo singular, nem sempre com início consciente, mas caracterizado pela sua diversidade, complexidade e pelas múltiplas dimensões que geram diferentes significados, atuando na vida, na saúde, nos relacionamentos ou mesmo no ambiente. Gera rutura com o sentimento de segurança no mundo tal como a pessoa o conhece, desencadeado, nomeadamente, pela vivência da doença crónica ou agravamento do estado da condição de saúde, gerando a redefinição de papéis.

Para lidar com novas situações são necessários novos conhecimentos e habilidades, com vista a uma transição saudável, caracterizada pela mestria nos comportamentos, nos sentimentos relacionados com o papel e identidade diferentes, substituindo a sensação de stress inicial pela de bem-estar, com domínio de competências, lidando adequadamente com a nova condição (Meleis, et al, 2000).

Aprender a viver com a doença crónica é um processo difícil e que implica que a pessoa reveja o significado atribuído a vários aspetos da sua vida, incluindo processos de luto e integrando estratégias terapêuticas necessárias (Kralik & Van Loon, 2010).

A pessoa com DRC, no seu percurso de adaptação à doença, é confrontada com constrangimentos de ordens física, cognitiva, financeira e social, vivendo situações de grande fragilidade (Oguz et al, 2008). Está suscetível ao desequilíbrio e a processos de transição que interferem na saúde ou na manifestação de comportamentos relacionados com a mesma.

A transição deve ser assumida como uma área de intervenção na qual o enfermeiro atua reconhecendo o movimento da pessoa na rutura com a identidade construída pré evento, consciencializando-a do processo de transição, antecipando e mobilizando recursos, promovendo a participação ativa e as respostas face ao evento que desencadeia a transição. Facilitar o processo de transição implica avaliar o conforto com a situação, o impacto da mudança no bem-estar e na capacidade da pessoa em lidar com a diferença, identificar e descrever eventos e pontos críticos, fundamentais ao planeamento da intervenção no processo de enfermagem, na ótica da promoção de um nível máximo de autonomia e bem-estar (Meleis et al, 2000).

Assim, centrando-se se no processo e experiência do ser humano que lida com transições, vem a Enfermagem reconhecer o que é esperado durante este processo, trabalhando estratégias para lidar com a mudança e suas consequências, potenciando uma transição saudável.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Neste capítulo descrevem-se as experiências em campo de estágio, bem como a relação entre as atividades realizadas e a aquisição das competências autopropostas para o atingimento do perfil de enfermeiro especialista. A sua análise ocorre pela divisão por domínios de competência, recorrendo-se a exemplos como ilustrativos para a mesma. Em Apêndice I constam os quadros construídos, aquando da elaboração do projeto de estágio, com objetivos geral, específicos e atividades programadas. Em Apêndice II constam as caracterizações dos locais, equipas e populações a quem se prestaram CE durante os estágios, elementos que fizeram parte dos relatórios parcelares elaborados durante o terceiro semestre do ciclo de estudos.

2.1. Estágio em Unidade de Hemodiálise

2.1.1. Análise de Objetivos e Atividades

2.1.1.1. Grupo A

2.1.1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A punção de acessos vasculares para HD (Fístula arteriovenosa - FAV e enxerto arteriovenoso) acarreta a necessária mobilização de conhecimentos científicos e técnicos, como forma de assegurar um tratamento eficaz com o menor desconforto para o utente. De considerar ainda que, segundo Lamb & Norton (2018), o treino dos profissionais está diretamente relacionado com a segurança do paciente. Assim, a escolha do material e técnica de punção implica a tomada de decisão, selecionando as respostas mais apropriadas, respondendo a critérios de avaliação da unidade de competência A.1.1., nomeadamente os referidos no ponto A1.1.4. (seleciona as respostas a partir de um amplo leque de opções).

No processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, a necessidade e prática de punção de acessos vasculares para HD foi um dos elementos trabalhados. Nem sempre conseguida com sucesso, mas considerada como aceitável para o dito desenvolvimento, a punção correta e eficaz dos mesmos originou momentos de necessária reflexão entre estudante e orientador, essenciais à fundamentação da prática, respondendo aos critérios A1.2.2. e A1.2.3. (remetendo para a recolha de contributos para análise e reflexão sobre os processos de tomada de decisão), assegurando a melhoria da

liderança efetiva e avaliação das práticas desenvolvidas (unidades de competência A1.2. e A.1.3.).

Por outro lado, no que concerne à manutenção do tratamento e face a cada utente a quem foram prestados cuidados e sua complexidade, a análise do historial dos mesmos relativamente a intercorrências, foi uma das estratégias vista como essencial e reconhecida no estudante como prática de segurança, permitindo a implementação de medidas de prevenção e condutas antecipatórias. Este processo originou fenómenos de gestão de objetivos de tratamento, nomeadamente de ultrafiltração (UF), de acordo com o ganho de peso do utente, respondendo aos critérios de avaliação da unidade de competência A2.2., referente à gestão de práticas seguras.

Satisfazem-se assim os objetivos para sucesso do respetivo domínio de competências.

2.1.1.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

As medidas de controlo de infeção devem ser vistas como essenciais à prática clínica do enfermeiro especialista. Assim, independentemente do serviço de acolhimento para estágio, higienização das mãos e assépsia na canulação ou conexão do utente através de cateter venoso central (CVC) foram consideradas como práticas comuns do estudante, respondendo a critérios de avaliação das unidades de competências B1.1. e B2.1., sendo o estudante capaz de demonstrar conhecimentos avançados sobre diretivas na área da qualidade, incorporando-os na prestação de cuidados (critérios B1.1.1. e B1.1.3), recorrendo a evidência científica e normas que permitam a avaliação da qualidade (critério B2.1.1.).

Face a competências específicas na área de nefrologia, e como dito anteriormente, o investimento na prática recorrente de sucesso na punção dos acessos vasculares, foi vista como ilustrativa da identificação de oportunidades de melhoria, estabelecimento e seleção de estratégias para a mesma. Estas foram desenvolvidas em articulação com o orientador de estágio, envolvendo pesquisa bibliográfica (recorrendo à melhor evidência científica encontrada em publicações), observação de práticas e reflexão sobre as mesmas, respondendo aos critérios B2.2.1., B2.2.2. e B2.2.3., de avaliação da unidade de competência B2.2., referente ao planeamento de programas de melhoria continua.

Estas atividades permitiram fomentar e garantir as condições terapêuticas da prática clínica desenvolvida e avaliada, respondendo à competência B3 (garante um

ambiente terapêutico e seguro), suas unidades de competências e critérios de avaliação na relação entre profissional e utente, satisfazendo assim os objetivos para sucesso do respetivo domínio de competências.

2.1.1.1.3. Domínio da gestão de cuidados

Findo o tratamento, a hemostase do acesso é um dos momentos propícios à promoção da autonomia do utente, implicando não só a delegação de tarefas por parte do enfermeiro como também a gestão e avaliação da forma como o próprio utente a faz (por exemplo nos dois locais de punção ao mesmo tempo ou em tempos separados). É uma forma de promoção do autocuidado trabalhado no estabelecimento da colaboração entre utente e enfermeiro (Matthews & Trenoweth, 2015). Avaliar a execução dessa tarefa delegada (critério de avaliação C1.2.4.) responde, também, à satisfação da unidade de competência C1.2., em que o enfermeiro especialista supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

Nos casos onde o utente não tem capacidade para a referida hemostase, e mantendo a mesma sequência de exemplificação para justificar o sucesso deste domínio de competências, existe e existiu a necessidade de gerir a atuação da equipa de prestação de cuidados, nomeadamente delegando tarefas a outros elementos, garantindo a segurança do utente e mantendo o normal funcionamento da unidade, sem entrar na discussão das questões temporais, questionáveis, mas emanadas pelas instituições, identificadas como limitações e barreiras à satisfação de cuidados (Wilson, Harwood & Oudshoorn, 2015) . Estas atividades de gestão e coordenação da equipa de prestação de cuidados respondem a critérios de avaliação e unidades de competência C2, satisfazendo assim os objetivos para sucesso do respetivo domínio.

2.1.1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O processo de especialização implica uma simbiose entre o estudante e os serviços de acolhimento de estágio. Não se identificando lacunas de conhecimento na equipa em questão, que justificassem momentos formais de formação e apresentação de trabalhos sem que estes se tornassem obsoletos, optou-se pela estratégia de partilha de artigos científicos, vista como elemento de dinamização e incorporação de novo conhecimento (critério D2.2.1), e assumida pela equipa como mais-valia, pelo facto do estudante ser o elemento que estava mais próximo, na atualidade, do contexto académico da

especialidade de nefrologia e, por isso mesmo, com uma noção mais concreta dos últimos estudos publicados. Esta estratégia responde à unidade de competência D2, nomeadamente D2.2., remetendo para o suporte da prática clínica em evidência científica.

Além disso, e sendo o estudante avaliado, neste contexto, como revelador de conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes (critério D2.3.2.), reconhecendo os seus recursos e limites pessoais e profissionais (D1.1.3.), consideram-se também satisfeitos os critérios de sucesso do respetivo domínio de competência.

2.1.1.2. Grupo B

2.1.1.2.1. B2 - Competências específicas do enfermeiro especialista em hemodiálise

Relativamente à análise das competências específicas do enfermeiro especialista em HD, esta é feita concomitantemente com os objetivos estabelecidos pelo estudante aquando da elaboração do projeto de estágio, uma vez que remetem para os mesmos conteúdos. Também a considerar que algumas das competências constantes no documento de avaliação da ESEL já estão justificadas no texto anterior, pelo que não se contempla a sua repetição.

Assim, em resposta ao objetivo geral *Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de especialização em EMC na área de intervenção de enfermagem nefrológica, no cuidado à pessoa com alteração da função renal*, foi estabelecido o respetivo objetivo específico para este período de estágio:

- Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos CE à pessoa com alteração da função renal em contexto de programa de substituição da função renal – HD.

Para a sua satisfação foram realizadas as seguintes atividades:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre HD e respetivas técnicas de tratamento;
- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre acessos vasculares e cuidados aos mesmos;
- ✓ Realização de estágio com duração de 10 semanas (4+6) em dois serviços hospitalares de HD;
- ✓ Reflexão sobre os CE à pessoa em programa de HD;

- ✓ Identificação e reflexão com elementos da equipa, colegas do curso de especialização e docentes sobre eventuais dilemas éticos inerentes à prestação de cuidados à pessoa em programa de HD;
- ✓ Prestação de CE à pessoa submetida a tratamento de HD assegurando o controlo da ocorrência de complicações interdialíticas;
- ✓ Realização de teste escrito subordinado ao tema e de ocorrência nas instalações da ESEL;
- ✓ Elaboração do presente capítulo de relatório final de estágio.

A destacar que as atividades relativas à prestação de CE em HD são apresentadas neste subcapítulo e no subcapítulo referente ao estágio de opção (2.4.), justificando a sua planificação em 4 + 6 semanas. Ainda sobre este aspeto, sistematiza-se a atividade realizada pelo estudante através da seguinte tabela, que representa a casuística de técnicas realizadas:

Tabela 2: Casuística técnica desenvolvida durante o estágio de HD

Atividade	Nº
Avaliação e exame físico de FAV	19
Punção de FAV e conexão/desconexão a Circulação Extracorporal (CEC)*	17
Avaliação de CVC e conexão/desconexão a CEC	15
Avaliação de Prótese Arteriovenosa	1
Punção de Prótese Arteriovenosa	0
Manutenção de técnica dialítica**	26

* face a técnicas de punção, uma das punções foi por técnica de botoeira, 4 por técnica de escada e todas as restantes por técnica de área.

** considerados apenas tratamentos completos.

Com esta tabela destaque-se a maior incidência de clientes com FAV e CVC, a quem foram prestando cuidados, obtendo-se um total de 61 momentos de prestação de CE, não refletindo a totalidade, porque a prestação de CE não ocorre apenas nestes

momentos aqui identificados, mas justifica o sucesso dos objetivos e atividades planeadas.

Relativamente ao estágio em unidade de HD considera-se esta experiência como sinónimo de enriquecimento e contributiva para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica, pelo que se mostra lucrativa a reflexão sobre algumas situações presenciadas.

O facto de ser um serviço onde a maioria dos enfermeiros especialistas é de enfermagem nefrológica permitiu reflectir sobre a sua prática, no sentido do melhor acompanhamento e melhor fundamentação dos cuidados aos clientes com alteração da função renal em programa de HD. Cabe a estes profissionais, na maioria dos casos, a identificação de comportamentos que alterem a avaliação esperada face ao GPI e adesão terapêutica. Surgiram casos de identificação de peso seco desadequado, com necessidade de reformulação de programa de tratamento por parte da equipa médica, pelo que vem a avaliação inicial do enfermeiro corresponder a um momento de extrema importância para detecção de eventuais comportamentos ou alteração dos padrões de vida, atuantes na condição base do utente e interferentes na eficácia e tolerância do tratamento.

Os enfermeiros de nefrologia desempenham um papel essencial ao assegurar que os clientes recebem o tratamento de HD que é prescrito e que a informação é retornada ao nefrologista quando os objetivos da prescrição não são atingidos. (ANNA, 2017).

Nestes casos, cabe ao enfermeiro a instauração de fluxos de ação, que envolvam todos os intervenientes, garantindo que o tratamento prescrito é o mais adequado e, acima de tudo, o melhor tolerado, reconhecendo as consequências de intercorrências possíveis não só para a manutenção da funcionalidade do acesso vascular (quando deste se trata) mas, e principalmente, da vida da pessoa a quem são prestados os cuidados de saúde.

Um dos projetos desenvolvidos por um dos enfermeiros de nefrologia deste serviço, com participação de todos os elementos da equipa, corresponde à avaliação mensal da taxa de recirculação em doentes com FAV, através da medição de diferencial de temperatura do sangue quando conectado ao sistema de circulação extracorporeal com e sem inversão de fluxos. Estes dados são tratados informaticamente e remetem para um valor percentual que o enfermeiro avalia isoladamente e em comparação com dados anteriores. Da análise resulta a inferência da eficácia dialítica e da funcionalidade do

acesso, com referenciação directa para a equipa de angiografia. É uma intervenção autónoma de enfermagem, baseada num corpo científico e técnico de competências desenvolvidas e que, por vezes, implica a intervenção multidisciplinar posterior, com total aceitação por parte da comunidade médica hospitalar.

É essencial compreender a etiologia das complicações e desenvolver estratégias proactivas que previnam e minimizem as ditas complicações. O conhecimento é a base para a gestão de interações complexas e para a resposta à mudança de situações, bem como para a antecipação das intervenções de enfermagem. Para tal é essencial a formação constante dos enfermeiros de nefrologia com vista ao alcance dos cuidados de excelência e em resultados baseados na prática baseada na evidência. (ANNA, 2017).

Foi possível identificar uma situação de não atuação do enfermeiro especialista e as consequências desta falha, remetendo para um episódio de indução de tratamento a um cliente com FAV construída mas que nunca tinha sido submetido a técnica depurativa. Trata-se de uma pessoa do sexo masculino, com cerca de 55 anos de idade, diabético e seguido em consulta médica desde o estágio 4 da DRC. Por necessidade de indução de técnica, é encaminhado para a sala de HD e observado por um enfermeiro não especialista em nefrologia que explica sucintamente o processo que irá ocorrer. O cliente tenta, inicialmente, manter algum humor mas demonstra-se preocupado com a previsão de punção 3 vezes por semana. Concomitantemente é-lhe explicado que a partir daquele momento a ingestão hídrica era algo praticamente proibido, ao contrário do que teria acontecido até ao momento, e que por água entendia-se, também, cerveja, vinho, sopa, etc.. É punccionado e conectado ao circuito extracorporal com breve explicação de efeitos secundários e necessidade de chamar alguém nesses casos. Rapidamente a expressão facial do cliente mudou, percebendo-se que foi o momento de confronto com um diagnóstico final e de resignação à doença.

Sendo apenas observador, num primeiro dia de estágio, considerou-se o não dever de intervenção *in loco*, pois nitidamente aquela pessoa não estaria disponível para receber mais informação de momento, algo que foi trabalhado na segunda sessão de HD.

Este episódio permitiu reflectir acerca da necessidade do domínio das competências comunicacionais e de educação para a saúde que adequem a expectativa do cliente ao momento da doença que está a viver e às medidas terapêuticas a que é submetido, mais ainda quando se trata de algo invasivo e dispendioso de tempo, como a HD, e agravado pela indução de uma técnica com efeitos secundários sabidos. Daqui se

depreende a necessidade da presença do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica nestas equipas, na medida em que é um profissional capacitado científica e tecnicamente para atuar na gestão da doença renal, compreender, antecipar e satisfazer as necessidades destes clientes, bem como avaliar e adequar medidas e intervenções. Desempenha um papel fundamental enquanto elemento de referência e de formador/capacitador da restante equipa, com o objetivo primordial de assegurar uma transição saudável, ao longo das várias metamorfoses do processo de controlo e tratamento da DRC, e no estabelecimento de uma relação de parceria entre cliente, família, equipa de saúde e recursos para a gestão da doença. Neste caso específico, o utente foi atendido por este enfermeiro por ser o mais disponível na altura, apesar da sua perícia reconhecida na técnica de punção, o que poderia ter ocorrido de outra forma por permuta entre enfermeiros. Contudo os cuidados pelos quais o utente estava necessitado não eram apenas técnicos mas de acompanhamento no confronto com um tratamento que se manterá prolongado e para quem, segundo o modelo de Afaf Meleis (2010), faz com que a pessoa inicie ou se mantenha num processo de transição, baseado na cronicidade da DRC. Aqui, a intervenção do enfermeiro poderá auxiliar a um processo dito saudável, em que o utente incorpora uma nova condição na já existente, modificando e assumindo uma nova noção de identidade e pertença, o que quando analisado com o já dito justifica a importância do enfermeiro de nefrologia em situações idênticas à apresentada, visto como o profissional que domina as condicionantes da doença e consegue, por perícia e juízo clínico, compreender e atuar perante as verdadeiras necessidades do doente em cada momento da sua condição de saúde afetada pela falência da função renal.

Como conclusão deste subcapítulo considere-se que todas as atividades aqui descritas e associadas ao resultado da avaliação do mesmo estágio demonstram a satisfação, por parte do estudante, dos objetivos propostos pela ESEL para o respetivo período.

2.2. Estágio em Serviço de Internamento de Nefrologia

2.2.1. Análise de Objetivos e Atividades

2.2.1.1. Grupo A

2.2.1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A autonomia na prestação de cuidados, neste estágio, foi facilitada pela experiência profissional do estudante em contexto de internamento, implicando o domínio de condições inerentes à permanência do utente no hospital e adequação de princípios éticos e deontológicos da profissão face a este ambiente específico.

A destacar, como ilustrativo de avaliação, o caso de um utente com 75anos, história de DRC em programa de HD, duplo transplante com complicações infecciosas que inviabilizaram enxerto e internado por insuficiência cardíaca agravada e hipertensão pulmonar grave. Neste internamento, e após decisão de não reanimação pela equipa, verifica-se agravamento de estado geral, com sinais de desconforto/sofrimento e perda de vida de relação.

O estudante tomou a liberdade de propor a implementação de medidas de conforto, assegurando técnica de hipodermoclise, dada a ausência de acessos vasculares, mas cuja equipa presente não sentia competência para implementar. Foi vista como via de eleição para administração medicamentosa de opiáceos (por exemplo), assegurada pelo estudante e aceite pela equipa de enfermagem e médica, e que determinou a ausência de sinais de sofrimento do utente. Estas medidas respondem a critérios de avaliação da competência A1, nomeadamente unidades A1.1., A1.2 e A1.3., em que o enfermeiro especialista demonstra tomada de decisão, lidera esses processos de forma efetiva na sua área de especialidade e avalia esses mesmos processos.

Conjuntamente, foi agilizado contacto telefónico com a família do utente, que se encontrava distante, validando-se ser esta a sua vontade, ilustrando também a satisfação dos critérios de avaliação da competência A2, pela garantia de prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

As medidas implementadas implicaram o reconhecimento e fundamentação de competências e práticas que, se por um lado, são demonstrativas de perícia (pois crê-se que um enfermeiro de nível iniciado não teria a facilidade de articular medidas terapêuticas e recursos humanos de forma concisa e em tempo útil), por outro lado são também demonstrativas da prática especializada do enfermeiro de nefrologia,

reconhecendo a progressão da DRC e intervenções específicas com vista ao controlo de sintomas, tornando-se elemento de referência no local onde exerce a sua atividade profissional. Esta afirmação vai de encontro ao defendido por Lindberg, Lundstrom, Johansson, Lidén & Holm (2012), quando referem que o estabelecimento das competências do enfermeiro de nefrologia deve ser focado numa intervenção clínica efetiva para a promoção da saúde e do bem-estar dos pacientes com falência renal.

2.2.1.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Sendo um internamento médico não é comum a necessidade de cuidados pós cirúrgicos face a outras situações que não a transplantação renal. Desta forma, algumas medidas terapêuticas de patologias do foro da cirurgia geral, como o caso da construção de colostomia em utente submetido a colectomia e seus cuidados imediatos, são assegurados pelo serviço de internamento de cirurgia.

Utilizando novamente um caso como ilustrativo avaliativo, remete-se para um doente do sexo masculino, em período pós operatório imediato de colectomia, e que é transferido de outro hospital para o serviço de medicina-nefrologia para otimização de terapêutica imunossupressora, dada a patologia renal de base.

Pelas dúvidas dos elementos da equipa sobre a promoção do autocuidado do utente face à sua colostomia, e sendo uma das áreas de comum atuação do estudante na sua prática profissional, identificou-se um campo de atuação com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. Assim, foram recolhidos instrumentos e bibliografia (nomeadamente da *Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia*) que se partilharam com a equipa deste internamento, conjuntamente com momentos de formação informal em contexto de passagem de turno, permitindo dissipar dúvidas, partilhar experiências e, inclusivamente, melhorar aspetos de registo, articulando a prática com a linguagem CIPE utilizada na instituição de acolhimento.

Estas atividades respondem a critérios de avaliação da competência B1 e B2, nomeadamente pela mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (unidade B1.1.), avaliando, planeando e liderando programas de melhoria contínua (unidades B2.1, B2.2 e B2.3.), considerando que esta estratégia é coadunante com a articulação de recursos, fomentando a competência profissional da própria equipa não apenas neste caso ilustrativo mas em atuações futuras.

Assim, considera-se justificada a satisfação dos objetivos do estágio perante este domínio de competência.

2.2.1.1.3. Domínio da gestão de cuidados

O número de casos clínicos pelos quais se assumiu a responsabilidade dos CE foi de 17, vários atribuídos em diferentes dias e turnos (máximo de 5 turnos de responsabilidade por cada utente e perfazendo a totalidade de 42 contactos de enfermeiro responsável). De entre os cuidados gerais prestados, grande parte destes doentes necessitaram de articulação com outros elementos e equipas para realização de TSFR (HD e DP), exames auxiliares de diagnósticos (biópsia renal e exames imagiológicos), admissão de utentes transferidos de outras instituições, admissão ao serviço de internamento e alta domiciliária. A forma eficaz como decorreu a prestação autónoma de cuidados fundamenta os critérios de avaliação das unidades das competências C1 e C2, tendo o estudante demonstrado capacidade de gestão dos CE, em articulação com a equipa de saúde, gerindo recursos de acordo com as situações e contextos, visando a garantia da qualidade dos cuidados, o que se refletiu na avaliação por parte da orientadora de estágio, cujo nível atingido ilustra resultados da prática.

A destacar, também, que face a elementos da equipa de acolhimento com menos experiência profissional, foi o estudante solicitado a supervisionar cuidados, incluindo cuidados gerais como a entubação nasogástrica (a título de exemplo), gerando momentos de reflexão, com esses elementos, sobre as suas competências e desenvolvimento das mesmas, o que justifica a identificação do estudante como pessoa de referência e perito, mesmo que num contexto de acolhimento temporário, corroborando o dito anteriormente sobre os critérios de avaliação da unidade de competência C1.2., relativa à supervisão de tarefas por parte do enfermeiro especialista. Segundo Lamb & Norton (2018), o enfermeiro perito colabora na aquisição de skills, conhecimentos e competências dos enfermeiros iniciados, cujas necessidades são também de uma supervisão estruturada e motivacional.

2.2.1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O exemplo utilizado na avaliação do domínio da melhoria contínua da qualidade é em si ilustrativo do diagnóstico de necessidades formativas e de aprendizagem da equipa, integrada durante o período de estágio, reconhecendo-se os limites profissionais

existentes e a possibilidade de implementação de medidas para satisfazer esses mesmos aspectos.

Desta forma, o mesmo exemplo pode ser utilizado como justificação dos critérios de avaliação da unidade de competência D1, nomeadamente demonstrando consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, reconhecendo áreas onde se pode destacar como referência e atuar como formador, cruzando-se com os critérios de avaliação das unidades de competência D2, responsabilizando-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (D2.1.), suportando a prática na evidência científica (D2.2.) e promovendo e implementando procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (D2.3.).

Exemplos como o utilizado demonstram que o processo de formação do enfermeiro especialista não é isolado mas antes o resultado da simbiose do estudante com os serviços de acolhimento, fomentando as capacidades de resposta de ambos, com vista a cuidados de qualidade para os utentes e justificando que as competências adquiridas são validadas como especializadas em diferentes contextos, para além do local de comum atividade profissional do enfermeiro em ciclo de estudos.

2.2.1.2. Grupo B

2.2.1.2.1. B2 - Competências específicas do enfermeiro especialista em internamento de nefrologia

A análise das competências específicas do enfermeiro especialista em internamento de nefrologia dá continuidade à já apresentada nos pontos anteriores. A destacar que não foram apenas realizadas atividades em contexto de internamento, mas sim nas várias valências de cuidado ao utente com alteração da função renal, pelo que se sistematiza este processo de acordo com as mesmas e com os locais onde se cumpriram turnos.

- Apoio à sala de técnicas: neste contexto foram realizadas atividades essencialmente de observação do papel do enfermeiro no apoio a biópsia renal e colocação/troca de cateter tunelizado para HD (veia jugular direita);
- Apoio à sala de urgência: neste contexto foram prestados cuidados a clientes com deiscência de FAV ou intercorrências com o cateter de DP, com necessidade de avaliação e realização de penso, descompensação hemodinâmica e sintomas decorrentes de agravamento de síndrome urémico. Os utentes seguidos no hospital

recorrem a esta sala, provenientes do exterior, quando necessitam de observação pelos profissionais. Cabe ao enfermeiro a avaliação e articulação de recursos humanos e serviços adequados às necessidades do utente;

- Consulta de esclarecimento: alocada ao serviço de DP, a consulta de esclarecimento ocorre de acordo com a normal 17/2011 da DGS, sendo o enfermeiro um dos profissionais interventivos no processo. Neste contexto procedeu-se à observação de uma consulta de esclarecimento de enfermagem, desenvolvida por profissionais do respetivo serviço de DP;
- Apoio à atividade do Bloco Operatório: neste contexto de estágio foram realizados turnos de observação no bloco operatório, nos procedimentos para construção de acessos vasculares (FAV), colocação de cateter de DP, colocação de cateter tunelizado de HD em veia jugular esquerda e transplante de rim de dador cadáver;
- Prestação de cuidados na unidade de HD: neste contexto foram realizados dois turnos de observação na unidade de HD, como forma de conhecimento desta realidade no hospital de acolhimento e confrontação com experiências anteriores de estágio.

Em resposta ao objetivo geral determinado pelo estudante para este estágio e referente a *Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de especialização em EMC na área de intervenção de enfermagem nefrológica, no cuidado à pessoa com alteração da função renal*, foi estabelecido o seguinte objetivo específico, seguido das suas atividades:

- Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos CE à pessoa com alteração da função renal em contexto de internamento de nefrologia.

Para dar resposta a este objetivo devem ser consideradas as seguintes atividades:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre patologias do foro nefrológico e respectivas formas de controlo e tratamento;
- ✓ Realização de estágio com duração de 4 semanas num serviço hospitalar de internamento de nefrologia;
- ✓ Identificação das principais patologias dos clientes internados no serviço hospital onde se realizou o estágio;
- ✓ Reflexão sobre os CE à pessoa em regime de internamento de nefrologia;
- ✓ Prestação de CE à pessoa internada em serviço de nefrologia;

- ✓ Realização de um teste escrito subordinado ao tema e de ocorrência nas instalações da ESEL;
- ✓ Elaboração do presente capítulo de relatório final de estágio.

Em contexto de internamento de nefrologia vários são os diagnósticos e comorbilidades do utente com DRC.

A prestação de CE de qualidade implica o conhecimento e fundamentação da etiologia e fisiopatologia da doença renal, gerando intervenções com impacto na outra pessoa (nas mais variadas vertentes), família e equipa de cuidados.

Como demonstrado ao longo deste relatório, foram muitas as realidades dos utentes a quem se prestaram cuidados, bem como estratégias cumulativas de experiência que se consolidaram no controlo de necessidades e dos desafios da prática clínica, pelo que se considera a não necessidade de duplicação de informação para fundamentação do sucesso no domínio destas competências neste período do ciclo de estudos. A referir que campos de estágio como o presente, conferem os três pilares que segundo Wilson, Harwood & Oudshoorn (2015) são essenciais ao desenvolvimento e treino de habilidades e competências, a saber: educação, recursos e oportunidades,

É de explicitar que a enfermagem nefrológica é uma área vasta que envolve várias faixas etárias, patologias, modalidades de tratamento e intervenções específicas, o que demonstra que é o enfermeiro especialista em nefrologia o profissional com um corpo de conhecimento profundo e essencial na atuação dos serviços de saúde, no suprimento das necessidades em saúde da população alvo e na eficácia e qualidade dos CE generalistas e específicos.

A análise das atividades propostas pela ESEL e já refletidas é coincidente com algumas das planeadas em projeto. Assim, considere-se que a prestação de cuidados à pessoa internada em serviço de nefrologia foi uma prática atingida com sucesso e para a qual a pesquisa bibliográfica, identificação e domínio perante os processos fisiopatológicos e reflexão sobre os mesmos foram essenciais à qualidade dos cuidados.

Como conclusão deste subcapítulo considere-se que todas as atividades aqui descritas e associadas ao resultado da avaliação do mesmo estágio demonstram a satisfação, por parte do estudante, dos objetivos propostos pela ESEL para o respetivo período.

2.3. Estágio em Unidade de Diálise Peritoneal

2.3.1. Análise de Objetivos e Atividades

2.3.1.1. Grupo A

2.3.1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Face à prestação de cuidados, inicialmente existiu algum receio, dada a exigida heterogeneidade de atividades. Rapidamente foi ultrapassado, permitindo a autonomia do estudante em várias áreas. A referida heterogeneidade está relacionada com cuidados não apenas no âmbito da DP, mas também no período de pós TR e no apoio à realização de biópsias renais.

É de considerar que este foi um campo de estágio de grande potencial para o desenvolvimento e aplicação de competências de enfermeiro especialista, o que implica o conhecimento de vários sectores da especialidade de nefrologia. Uma vez desenvolvidas em contexto de consulta, a parceria utente-profissional é uma realidade constante, com necessidade de rápido estabelecimento de uma imagem de confiança (por parte do estudante), visto como elemento estranho numa população alvo em que, devido à sua cronicidade, mantém uma relação de ajuda prolongada com a equipa da respetiva unidade. Destacando-se a complexidade clínica e psicológica destes utentes, que requerem cuidados de saúde diferenciados (Miguelsanz & Pilar, 2012), este foi um desafio que se apresentou como constrangimento, pelo curto período de estágio, mas que se crê ultrapassado.

De considerar que é comum o atendimento de dois utentes em simultâneo, separados única e exclusivamente por uma cortina. Disto resulta que o não respeito pela privacidade e individualidade, poderá tomar dimensões superiores com extravasamento de informações confidenciais, como exemplo as condições infecciosas crónicas. Uma conduta sem qualquer repreensão (durante o período de estágio), justifica o sucesso em várias unidades de competência da OE, nomeadamente A2.1., relativa à promoção e proteção dos direitos humanos, em critérios de avaliação como a promoção da confidencialidade e segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de enfermagem onde se está inserido (A2.1.3.)

Assumir autonomia para a realização das respetivas consultas implicou que situações como as de sobrecarga hídrica, levantamento de dados relativos ao cumprimento de plano terapêutico e medicamentoso, fossem geradoras de conteúdo que,

dentro do quadro de competências do enfermeiro, levasses a processos de tomada de decisão. Esta inclui a escolha da informação que é retomada ao utente, com vista à alteração de hábitos prejudiciais (nomeadamente ensinamentos sobre ingestão hídrica, avaliação de glicémia capilar, etc.), respondendo à unidade de competência A1.3., relativa à liderança de forma efetiva, respondendo a critérios de avaliação que implicam reconhecer a competência do enfermeiro na sua área de especialidade (A1.2.3.), assumindo-se como um profissional que toma a iniciativa de conduzir processos de tomada de decisão (A1.3.3.).

Os elementos supra apresentados são justificativos de sucesso no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal ao longo destas quatro semanas.

2.3.1.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No âmbito da realização de biópsias renais verificou-se que, a menos que já tivessem sido submetidos anteriormente ao mesmo exame, os utentes desconheciam a forma como se realizava, esperavam sentir dor durante o procedimento e desconheciam os principais cuidados após o mesmo (informação obtida por questionário informal aos próprios, aquando da admissão na unidade de DP).

Reconhecendo uma lacuna de intervenção e/ou conhecimento, foi construído um folheto onde é explicado o que é a biópsia renal, para que serve e o que é expectável de ocorrência pré, durante e após a mesma, elemento útil para a formação do utente e redução da ansiedade pelo desconhecido.

Foi considerado pela equipa do serviço de acolhimento como uma mais-valia e resposta a uma necessidade sentida na prática comum dos cuidados.

Concomitantemente, esta estratégia responde a critérios da unidade de competência B2.2., nomeadamente pela identificação de oportunidades de melhoria, seleção de estratégias e liderança de programas de melhoria.

O folheto criado encontra-se em Apêndice III, tendo sido entregue versão final à instituição, após aprovação pela equipa de enfermagem e equipa médica. Contudo, a sua aplicação só poderá ocorrer após aprovação superior, para a qual o tempo de estágio fora reduzido e ficando a cargo da equipa.

2.3.1.1.3. Domínio da gestão de cuidados

A formação não resulta apenas de ciclos académicos mas também da experiência profissional, o que Benner (2001) defende na graduação da competência de iniciada a perita.

Quer-se com isto utilizar uma situação específica ocorrida durante o estágio, a título de exemplo ilustrativo, em que após consulta de pós TR, uma utente refere sensação de mal-estar, desencadeando quadro de colapso. A experiência do estudante face ao doente crítico foi aqui mais-valia, assegurando cuidados imediatos, nomeadamente de massagem cardíaca, enquanto o outro elemento da unidade foi realizar o pedido de ajuda, por indicação do primeiro (e visto que estes eram os dois únicos presentes), prosseguindo a resposta já na presença da equipa alargada.

Após resolução de situação, com desfecho positivo, foi feita uma reflexão em equipa, que validou a capacidade de assunção de liderança demonstrada, delimitando estratégias de atuação e orientando a ação da equipa.

Surge assim uma segunda reflexão de que situações assim, não tão esperadas e treinadas neste ciclo de estudos de nefrologia, e mesmo na prática clínica da especialidade, ocorrem e necessitam de mobilização de competências, para além das identificadas como específicas à área de especialidade, pois a realidade do doente não se refere apenas a um órgão, e situações existem que desencadeiam momentos onde o discernimento imediato sobre o significado da ocorrência e forma de atuação são essenciais à manutenção da vida. Casos assim tornam o enfermeiro perito um elemento de referência, assumindo liderança e incorporando não só conhecimentos e competências da sua área de especialidade, mas também da sua prática e percurso curricular, na defesa da competência vista como um elemento dinâmico, atuante não apenas de acordo com o nível de desenvolvimento do enfermeiro mas também de acordo com o ambiente onde este desenvolve a sua profissão (Gomez, Castner & Hain, 2017).

Este facto corrobora a demonstração de competências da unidade C2.2., que remete para a adaptação do estilo de liderança adequado ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos, bem como da unidade de competência C2.1., nomeadamente face ao critério C2.1.3., em que o enfermeiro especialista é capaz de organizar e coordenar a equipa de prestação de cuidados, exemplo justificativo do sucesso de resultado no domínio da gestão de cuidados, avaliada neste ciclo de estudos.

2.3.1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No local de ocorrência do estágio, os dois elementos que mais frequentemente desenvolvem ação na unidade de DP não são detentores do grau de especialista, o que não implica a não consideração como peritos, aplicando novamente o modelo de Benner (2001).

Contudo, podem surgir questões de maior profundidade para as quais deve o enfermeiro especialista, querendo ser reconhecido como tal, estar mais desperto, assumindo-se como elemento que se responsabiliza por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade, recorrendo à unidade de competência D2.1. da OE para o respetivo grau.

Assim, em modo ilustrativo, destacam-se algumas questões surgidas durante o estágio, nomeadamente o momento ideal de colheita de sangue aquando da realização do Teste de Equilíbrio Peritoneal (TEP), a solução utilizada no mesmo, orifícios de saída pré esternal, entre outras.

Qualquer uma destas questões, quando aplicadas, não obtiveram resposta imediata, pelo que neste sentido se estabeleceram momentos considerados de formação pela partilha de fontes bibliográficas e discussão das mesmas (com dois dos elementos da unidade de DP e posteriormente com elementos da equipa médica).

Através destas atividades justifica-se o alcance de critérios de avaliação do enfermeiro especialista, nomeadamente constantes na unidade de competência D2.2., em que deve o enfermeiro especialista atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, interpretando, organizando e divulgando dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (critérios de avaliação D2.2.1. e D2.2.4). Mais, segundo a unidade de competência D2.3., o profissional especializado deve rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, tomando iniciativa na análise de situações clínicas (critério de avaliação D2.3.3.), considerações atingidas e ilustradas no presente relatório.

2.3.1.2. Grupo B

2.3.1.2.1. B2 - Competências específicas do enfermeiro especialista em DP

No que respeita à análise das competências específicas do enfermeiro especialista em DP, documento de avaliação produzido pela ESEL, considere-se que as intervenções descritas aquando da análise das competências comuns do enfermeiro especialista são, por si só, elementos que demonstram a satisfação das competências do respetivo documento, bem como a integração na equipa e estimulação da sua atividade.

Em resposta ao objetivo geral determinado pelo estudante para este estágio e referente a *Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de especialização em EMC na área de intervenção de enfermagem nefrológica, no cuidado à pessoa com alteração da função renal*, foi estabelecido o seguinte objetivo específico, seguido das suas atividades:

- Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos CE à pessoa com alteração da função renal em contexto de programa de substituição da função renal – DP.

Como resposta a este objetivo foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre DP e respectivas técnicas de tratamento;
- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre acessos para DP e cuidados aos mesmos;
- ✓ Realização de estágio com duração de 4 semanas num serviço hospitalar de DP;
- ✓ Reflexão sobre os CE à pessoa em programa de DP;
- ✓ Prestação de CE à pessoa submetida a tratamento de DP;
- ✓ Realização de teste escrito subordinado ao tema e de ocorrência nas instalações da ESEL;
- ✓ Elaboração do presente capítulo de relatório final de estágio.

Durante este estágio foram prestados CE a 11 utentes em DP. Esta prestação compreendeu as seguintes atividades:

- 13 sessões de educação, divididas por três (3) utentes, após colocação de cateter para DP e antes de indução de técnica. Neste parâmetro é de apresentar a reflexão informal com a responsável de serviço face à pressão da equipa médica pelo tempo

compreendido desde o primeiro ensino até ao utente estar autónomo para realização de técnica, o que leva a que nesta unidade seja preconizado que o programa de ensino tenha a duração de 1 mês, com sessões 1 a 2 vezes por semana. Sabendo que noutras instituições, onde se realizou estágio de observação durante o primeiro ano curricular da especialidade, a formação é realizada de forma intensiva, durante 1 semana, correspondente a 5 sessões, a responsável desta unidade refere que considera o seu programa o mais adequado, no sentido em que permite que o utente se adapte e que reflita no domicílio e possa confrontar a equipa por um período mais prolongado e menos intensivo. Comparando esta informação com as recomendações da ANNA (2017), em verdade o programa de ensino deve ser estendido até um período mínimo de 2 semanas, precisamente para permitir ao utente uma adaptação mais controlada, facilitando assim o processo de transição a que se submete. Por este motivo, também para o estudante, a realidade observada neste estágio parece a mais adequada. Veja-se que um dos utentes apresentava *leak* peritoneal, com extravasamento de líquido dialisante, e a sua preocupação recaiu essencialmente sobre a eventualidade de não conseguir realizar técnica, o que pode comprometer a disponibilidade para aspetos inerentes à sua execução. Neste caso a conduta dos profissionais foi considerada a mais adequada, reservando as primeiras sessões para os cuidados ao orifício de saída e realização de penso e, só quando o leak parecia estar a reduzir, foram introduzidos elementos referentes à técnica em si;

- Colaboração na realização de dois testes de equilíbrio peritoneal;
- Colaboração na realização de técnica de DP em utente com sobrecarga hídrica, com permanência na unidade durante um turno inteiro e realização de infusões com dialisante hiperosmolar;
- Observação da consulta de esclarecimentos. Nesta atividade apenas se observou uma consulta, pela inexistência de mais, com possibilidade de observação, dado que outras consultas existiram mas tinham observação dos demais estudantes em estágio na instituição. Contudo permitiu validar a importância do enfermeiro na justificação de questões relativas à doença e técnicas terapêuticas, para que a escolha do utente possa ser a mais informada possível, não existindo preferência de um tratamento por lacunas de conhecimento das restantes opções.

O presente estágio foi realizado no mesmo hospital em que decorreu o estágio de HD, o que veio a ser lucrativo para confrontação com enfermeiros de uma mesma área de especialidade em realidades diferentes.

Por um lado tona-se curioso verificar as ideias pré-concebidas, pelos elementos de diferentes equipas, quando se tem a possibilidade de estagiar nos dois locais. A noção geral, em contexto de equipa de HD, é a de que os enfermeiros de DP apresentam uma atividade bastante reduzida, mais direcionada para a comunicação com o utente e menos para a resolução de problemas práticos, o que pode corroborar uma certa ideia de senso comum de que o grau de especialidade e competência é tanto maior quando mais tecnológico for o contexto de ação, mas que se verifica, em verdade, corresponder a uma noção bastante errada. Esta ideia também foi mencionada na instituição onde se realizou o estágio de internamento e na própria instituição da atividade profissional, daí ser assumida como uma opinião que emerge facilmente e fruto de senso comum.

Contudo, veio a experiência validar que os enfermeiros de DP desempenham funções bem mais abrangentes do que as das ideias pré-concebidos e referidas. Pela sua autonomia, estes são implicados a que detenham um profundo conhecimento sobre a DRC e sobre esta TSFR, que os desperta para a forma como as complicações podem ser controladas com medidas aparentemente simples (como a regulação de volumes de infusão e tempos de permanência), mas que em verdade não o são. Apesar destes fatores dependerem de prescrição médica, assistiram-se a vários telefonemas de utentes, com dificuldades e complicações, para as quais só a perícia do enfermeiro permitiu encontrar soluções eficazes e eficientes até à ocorrência de observação médica.

Por outro lado, também a equipa de DP tem a noção dos colegas de HD como elementos tecnicistas que dominam um técnica só através de uma máquina. Também foi validado que isto não é verdade e que surgem complicações agudas e graves, durante a realização de sessões de HD, para as quais também é a perícia dos profissionais que permite a sua resolução imediata sem consequências maiores para os utentes.

Com isto conclui-se que, apesar de áreas anexas a uma mesma especialidade, falta desenvolver a noção de identidade do corpo de profissionais que a constitui, em que todos devem ter uma maior noção de quem faz o quê, sem ideias negativas pré concebidas e com a consciência de que todos são executores de técnicas que, apesar da sua diferença, são essenciais ao controlo e manutenção da vida da pessoa com DRC.

Outro elemento que surgiu para reflexão, desafio lançado pela Docente Orientadora, foi a noção de liberdade/autonomia do doente em DP e em HD, no sentido em que parece que os primeiros são mais treinados para isso em detrimento dos segundos.

Num primeira linha de pensamento considere-se que talvez o facto dos doentes sob DP transportarem o tratamento para casa e serem responsáveis pela sua realização todos os dias, é em si uma forma de impulso para a autonomia. Na realidade poucos centros existem onde o doente sob HD seja treinado à auto-punção e à realização de técnica domiciliária. Alguns poderão existir que se recusem a isso, mas existirão aqueles que realmente quererão desenvolver mais a sua autonomia e para o que a intervenção do enfermeiro especialista em nefrologia parece fulcral.

Sabemos que os dados apontam para um aumento de doenças crónicas, que tende a ser maior com o tempo e que resulta, entre outras causas, do envelhecimento da população. Sabemos também que a DRC é uma realidade em ascensão. Isto leva a considerar que a forma de evitar maior sobrecarga física para as instituições só será possível com a autonomização do utente em contexto de técnicas domiciliárias. Aliás, a sobrecarga atual das instituições de saúde públicas só não é maior porque a grande maioria das técnicas de HD são asseguradas pelo sector privado, o que levanta questões sobre princípios básicos constitucionais de acesso à saúde, e que daria uma reflexão ainda mais exaustiva.

Encontram-se aqui duas linhas de pesquisa, a saber:

- o perfil do enfermeiro que o torna mais ativo na função de desenvolvimento de autonomia e independência da pessoa em DP, em detrimento da paralela em HD;
- o perfil do doente sob TSFR com DP e com HD, na tentativa de tentar compreender se existe uma pré disposição para o autocuidado, mais evidente em algum deles, e de que forma, caso exista assimetria, essa pode ser trabalhada. Neste aspeto é de considerar que também o grau de perícia do enfermeiro é determinante para avaliar a capacidade e vontade do utente na promoção do seu autocuidado (Lamb & Norton, 2018).

Apesar de se ter realizado uma breve pesquisa bibliográfica sobre estes temas, em bases científicas, não surgiram, na altura do estágio, artigos passíveis de nomear, o que pode identificar uma lacuna no conhecimento científico, passível de ser trabalhada pelo enfermeiro especialista em nefrologia. Visto que ainda se preconizou a realização de um outro estágio em unidade de HD, em período cronológico posterior, esta foi uma temática

lançada a discussão nesse contexto (estágio 4), do qual resultou um processo de reflexão que se apresenta no subcapítulo 2.4.

Como conclusão deste subcapítulo considere-se que todas as atividades aqui descritas e associadas ao resultado da avaliação do mesmo estágio demonstram a satisfação, por parte do estudante, dos objetivos propostos pela ESEL para o respectivo período.

2.4. Estágio de Opção em Unidade de Diálise

2.4.1. Análise de Objetivos e Atividades

2.4.1.1. Grupo A

2.4.1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De uma forma generalista, um dos parâmetros do utente avaliados diariamente corresponde ao GPI. Este dependente de fatores externos ao profissional mas desencadeia processos de gestão e tomada de decisão diários, na dicotomia entre a prescrição médica, o desejo do utente e a perda por UF tolerada pelo mesmo, com o menor número de intercorrências, promovendo a sua segurança e a manutenção da funcionalidade do acesso vascular a curto, médio e longo prazo.

Geraram-se assim processos de negociação entre estudante e utentes a quem foram prestados cuidados, baseados no objetivo de UF de cada sessão e nos princípios acima enumerados, para os quais a tomada de decisão e critérios de ponderação responderam aos critérios de avaliação da unidade de competência A1.3. (avaliação de processos e resultados de tomada de decisão). Daqui surgem também momentos de trabalho sobre a responsabilização do utente pelo seu tratamento e gestão da doença, nomeadamente face aos motivos pelos quais existiu a variação de peso, associado a hábitos de vida. Estes processos implicam o reconhecimento da competência na área de especialidade (critério de avaliação A1.2.4.), permitindo a liderança de forma efetiva dos processos de tomada de decisão (unidade de competência A1.2.). Tendo em vista o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde (A2.1.5.), a gestão de informação (prescrição, GPI atual e vontade do utente) e a promoção das verdadeiras necessidades terapêuticas, é implicada a mobilização do domínio científico e de competências técnicas diferenciadoras do enfermeiro especializado face ao enfermeiro de cuidados gerais.

Ainda assim, e apesar de estabelecido um objetivo para cada tratamento, e considerando que um dos papéis do enfermeiro em HD é compreender a importância de uma avaliação correta de cada tratamento (Lamb & Norton, 2018), a realidade é que intercorrências ocorrem, exigindo condutas antecipatórias, garantias de segurança (critério de competência A2.2.2.), o que coloca o enfermeiro como profissional que responde à unidade de competência A2.2., que gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentado a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

2.4.1.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Sendo este estágio realizado numa instituição pertencente ao mesmo grupo de gestão da entidade empregadora do estudante, existem programas de qualidade, nomeadamente no que respeita ao controlo de infeção hospitalar, quedas e eventos relacionados com as mesmas, que já são cumpridos pelo estudante na sua prática diária profissional e que, desde logo, garantem o sucesso dos critérios determinantes da competência B2 (desenvolvimento de práticas de qualidades, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua).

Face a programas específicos da unidade de diálise, e nos quais foi possível participação, remeta-se para a avaliação funcional do acesso vascular (com periodicidade mínima de um ano e de acordo com o cálculo da taxa de recirculação sanguínea dos fluxos de sangue com e sem as linhas arterial e venosa invertidas). O envolvimento nesta atividade permitiu responder ao critério de avaliação B1.2.3., de colaboração na realização de atividades na área da qualidade direcionados para projetos institucionais (unidade de competência B1.2.). Concomitantemente, permitiu discutir com outros profissionais presentes em turno (enfermeiros), qual a evidência proveniente desta avaliação, de que forma poderiam corresponder a indicadores da atividade do enfermeiro, respondendo aos critérios B2.1.1. e B2.1.2., por exemplo, justificativos de sucesso da unidade de competência B2.1., relativa a avaliação da qualidade das práticas clínicas. Destaque-se que medidas como a variação dos locais de punção, punções bem sucedidas, retirada correta de agulhas e uma eficaz avaliação de estenoses, são algumas das atividades inerentes à prática de enfermagem e corroborantes da boa funcionalidade do acesso vascular e critérios de qualidade dos cuidados prestados (Sousa, 2012). Este procedimento de avaliação gerou considerações, por comparação com experiências anteriores de estágio onde também era realizada idêntica ação, e cujos resultados

reveladores de maiores taxas de recirculação de acesso permitiam ativar fluxos protocolados nos quais o enfermeiro tinha autonomia para providenciar eventual avaliação do acesso por especialidades como a cirurgia vascular, em articulação com a nefrologia. Nesta instituição esses procedimentos não geram, ainda, fluxos de avaliação da funcionalidade do acesso, a curto prazo, e incremento de medidas de manutenção do mesmo, o que pode reduzir a probabilidade de atuação em tempo útil, com eventual perda de acesso e custos de saúde para o utente, para a instituição e para ao serviço nacional de saúde.

2.4.1.1.3. Domínio da gestão de cuidados

No processo de desenvolvimento de competências técnicas, o domínio da gestão de cuidados torna-se um aspecto muito presente e de identificação de ganhos motivacionais. O utente submetido a TSFR, por viver com uma doença crónica que implica a exposição frequente a técnicas terapêuticas e à ação de profissionais de saúde, torna-se, aparentemente, mais crítico face a questões simples como o tempo cujo profissional necessita para preparação e início de tratamento. O aumento deste intervalo de tempo é muitas vezes interpretado como inverso da competência. Segundo Wilson et al. (2013), citado por Lamb & Norton (2017), a canulação do acesso vascular para HD é considerada pelo profissional, principalmente quando em estádios menos avançados do modelo de Benner (2001), como altamente stressante. O medo do erro e o reconhecimento da importância do acesso vascular, gera possíveis momentos de tensão para ambos, onde a gestão dos cuidados é fulcral para a satisfação das duas partes.

A escolha do presente local de estágio remeteu para a necessidade de ganhos de competência no processo de avaliação e canulação de acessos vasculares, aqui utilizado como exemplo para justificação da satisfação de critérios de avaliação. Desta forma, a gestão do tempo no processo citado foi um dos aspectos trabalhados, implicando investimento científico e técnico para otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (unidade de competência C1.1.).

Existiram momentos cuja canulação não foi eficaz mas que, concomitantemente, responderam ao critério de avaliação de competência C1.1.4., reconhecendo situações de referenciação para outros prestadores de cuidados, nomeadamente o orientador de estágio, assumidos como momentos de aprendizagem que geraram fluxos de discussão e transmissão de conhecimentos científicos e técnicos, nomeadamente sobre a avaliação de

acessos e partilha de experiência em casos clínicos semelhantes, com vista ao alcance da melhor prática. Lamb & Norton (2018) reconhecem o recurso a experiências anteriores como estratégia para o desenvolvimento de competências.

2.4.1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No processo de especialização de um enfermeiro surge essencial o desenvolvimento de competências que o tornem e o reconheçam como tal, para a qual é necessária uma simbiose com ganho próprio em conhecimento mas também ganhos para o serviço de acolhimento, respondendo à unidade de competência D1.1. no que respeita à consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, reconhecendo recursos e limites pessoais e profissionais (D1.1.3.).

Este discurso faz sentido quando acompanhado do pensamento de que não é a simples frequência num ciclo de estudos que torna o profissional uma referência, devendo este ser investido de humildade suficiente para reconhecer quando os profissionais de um serviço de acolhimento são em si mais-valias formativas teóricas e práticas.

Na unidade de diálise onde se desenvolveu o estágio foi difícil reconhecer lacunas de conhecimento e realizar momentos de formação que se pudessem não tornar obsoletos, sem ganhos específicos para a equipa. Isto dificultou resposta aos critérios de avaliação de competência (D2.2.2), avaliadas como “Não aplicável”. Optou-se por uma postura de formando, pelo ganho próprio que se verificou, recebendo formação do colega orientador (responsável pela formação em serviço da unidade de diálise), nomeadamente sobre acessos vasculares, modalidades terapêuticas e o futuro das TSFR.

Contudo isso não impediu a partilha de artigos científicos, tentando encontrar as publicações mais recentes sobre acessos vasculares para HD e futuras opções de TSFR, por poder ser fonte de complemento ao estudo do colega, e por ser uma das suas áreas de interesse e investimento profissional.

Relativamente à unidade de competência D2.3., direccionada para a prática especializada no ambiente de trabalho, de reforçar que uma postura reconhecida no estudante foi a de rentabilização das oportunidades de aprendizagem, com tomada de iniciativa de situações clínicas, reveladas pelo pedido de avaliação e punção de acessos vasculares de utentes atribuídos a outros enfermeiros que não o orientador de estágio, e sempre que assim era possível. Foi a estratégia utilizada para aumentar o número de experiências de contacto com os acessos vasculares, desenvolvendo as competências

técnicas que se pretendiam para este período e de acordo com os objetivos estabelecidos. Este facto satisfaz o critério de avaliação D2.3.3. e associa-se ao critério D2.3.2. relativo aos conhecimentos para os cuidados especializados, seguros e competentes, pois após avaliação era discutido com o enfermeiro responsável pelo utente o resultado desse mesmo processo e a forma como se considerava possível a sua punção para execução de tratamento. A capacidade de argumentação foi crescente, o que também era expectável e de acordo com o modelo de Benner (2001), permitindo autonomia e respondendo ao critério de avaliação D2.3.1. na demonstração desses conhecimentos na área da enfermagem e assegurando a prática especializada.

2.4.1.2. Grupo B

2.4.1.2.1. B2 - Competências específicas do enfermeiro especialista de nefrologia

Em resposta ao objetivo geral determinado pelo estudante para este estágio e referente a *Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de especialização em EMC na área de intervenção de enfermagem nefrológica, no cuidado à pessoa com alteração da função renal*, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos, seguidos das suas atividades:

- Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos CE à pessoa com alteração da função renal em contexto de programa de substituição da função renal – HD.

Para a sua satisfação foram realizadas as seguintes atividades:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre HD e respetivas técnicas de tratamento;
- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre acessos vasculares e cuidados aos mesmos;
- ✓ Realização de estágio com duração de 10 semanas (4+6) em dois serviços hospitalares de HD;
- ✓ Reflexão sobre os CE à pessoa em programa de HD;
- ✓ Identificação e reflexão com elementos da equipa, colegas do curso de especialização e docentes sobre eventuais dilemas éticos inerentes à prestação de cuidados à pessoa em programa de HD;
- ✓ Prestação de CE à pessoa submetida a tratamento de HD assegurando o controlo da ocorrência de complicações interdialíticas;

- ✓ Elaboração do presente capítulo de relatório final de estágio.

A análise parcial deste objetivo já ocorreu no subcapítulo referente ao relatório do primeiro estágio realizado (2.1.). Contudo, as suas atividades foram programadas para desenvolvimento em dois períodos (por isso a sua extensão temporal prevista para 10 semanas), sendo o segundo correspondente ao estágio que agora se discute.

Face à atividade programada para a prestação de CE à pessoa submetida a tratamento de HD, assegurando o controlo da ocorrência de complicações interdialíticas, estes números foram largamente suplantados face ao planeamento inicial, o que demonstra que este não foi ajustado às oportunidades que se previam surgir nos locais específicos de estágio. Contudo a sua determinação ocorreu ainda sem conhecimento dos respetivos locais de estágio.

Tal como na análise apresentada no subcapítulo 2.1. foi elaborada uma tabela que reflete a casuística de estágio, nomeadamente o número de avaliações e punções de Fistulas e Enxertos arteriovenosos e também conexões de utentes através de CVC.

Uma vez que este objetivo reflete atividades de dois estágios, a tabela construída apresenta uma primeira coluna numérica correspondente ao primeiro estágio, uma segunda coluna numérica correspondente a este estágio e uma terceira com números totais de atividades.

Tabela 3: Casuística técnica desenvolvida durante os dois estágios de HD

	Estágio 1	Estágio 4	Total
Avaliação de Fistula Arteriovenosa	19	50	69
Punção de Fístula Arteriovenosa	17	50	67
Avaliação de Enxerto Arteriovenoso	1	16	17
Punção de Enxerto Arteriovenoso	0	16	16
Avaliação e conexão por cateter venoso central	15	25	40

Com a apresentação desta tabela destaque-se a maior incidência de clientes com FAV e a quem foram prestados cuidados, bem como, somando a totalidade de punções e conexões de utentes ao tratamento, obtém-se um total de 126 momentos de prestação de CE, não refletindo a totalidade, porque a prestação de CE não ocorre apenas nestes momentos aqui identificados, mas justifica o sucesso dos objetivos e atividades planeadas.

- Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos CE à pessoa com alteração da função renal em contexto de programa de substituição da função renal – DP.

Para a sua satisfação foram realizadas as seguintes atividades:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre DP e respectivas técnicas de tratamento;
- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre acessos para DP e cuidados aos mesmos;
- ✓ Realização de estágio com duração de 4 semanas num serviço hospitalar de DP;
- ✓ Realização de pelo menos 2 dias de observação em segundo estágio num serviço hospitalar de DP;
- ✓ Reflexão sobre os CE à pessoa em programa de DP;
- ✓ Prestação de CE à pessoa submetida a tratamento de DP;
- ✓ Elaboração do presente capítulo de relatório final de estágio.

Este objetivo é novamente apresentado, já constando no relatório no subcapítulo 2.3., uma vez que continha atividades planeadas para dois estágios.

Por questões relacionadas com a gestão do horário de estágio e pelo facto de apenas existirem 2 utentes em programa de ensino nesta unidade e neste período, foi realizado 1 único dia de observação na valência em questão. Assistiu-se a um dos momentos de ensino a utente verificando-se, por confrontação com a experiência anterior, uma diferente abordagem da pessoa e de conteúdos a transmitir. Destaque-se os momentos de higienização das mãos para manutenção de tratamento, reduzindo o risco de infeção do orifício e cateter. Na experiência anterior as falhas eram corrigidas verbalmente e avaliadas posteriormente. Neste contexto a estratégia utilizada, que pareceu bastante adequada, contempla a correção verbal inicial de falhas na sequência da lavagem das mãos e a repetição de todo o processo, pelo utente, até que toda a sequência não contenha erros. Apesar de tornar este processo aparentemente mais logo, permite uma validação imagética imediata do procedimento e que pareceu ser eficaz na compreensão de conteúdos pelo utente.

Ao momento, a valência da DP desta unidade encontra-se em processo de reestruturação e ampliação, pelo que existe um projeto de uma enfermeira em ciclo de especialização direcionado para esse fim. Foi interessante perceber quais as motivações e suas preocupações, nomeadamente na instauração de um programa de ensino testado e que permita, com a expansão do número de utentes em DP, criar fluxos uniformes (que

podem ser desenvolvidos por vários profissionais), dos quais resultarão dados concretos para colheita e análise.

Considera-se ter sido uma experiência enriquecedora porque ao invés de outras unidades, observadas no primeiro ano do ciclo de estudos e aquela onde se estagiou neste terceiro semestre, em que os programas de DP estavam definidos e existia alguma renitência à mudança, neste caso pode-se validar o contrário, abertura a novas ideias e contributos com vista à construção de uma conduta e resultados futuros.

Um dos aspetos de discussão levantados no estágio anterior foi o de tornar o doente renal crónico independente no autocuidado, nomeadamente confrontando a postura do profissional de enfermagem no seguimento do doente em HD e em programa de DP, parecendo que estes segundos são mais trabalhados do ponto de vista da sua independência.

Relativamente a este assunto foram implementadas duas atividades durante o estágio: a primeira questionando informalmente elementos da equipa da unidade e a segunda tentando encontrar alguma informação, neste sentido, por pesquisa bibliográfica.

Curiosamente a confrontação das duas pareceu coerente.

Ao questionar elementos da equipa de cuidados todos consideravam que era importante promover a máxima autonomia dos utentes, apesar de acharem mais difícil trabalhar estes aspetos no utente em HD face ao da DP. Várias foram as hipóteses levantadas pelos elementos, entre elas:

- até que ponto o utente em HD pretende essa máxima autonomia/independência (quando no processo de escolha de técnica preferiu aquela que poderia realizar em contexto hospitalar, podendo indicar a preferência para que outros o cuidem no seu processo de doença)?;
- que garantias eram dadas as estes utentes (confrontando com o fato de apenas existir uma clínica direcionada para o tratamento domiciliário de HD)?;
- dadas as características sociodemográficas da população, até que ponto estes estariam receptivos a realizar HD de forma independente?
- a independência deveria ser trabalhada de forma total ou existirão elementos correspondentes a primeiras abordagens e vistas como teste (por exemplo os cuidados de higiene com o membro do acesso e que muitas vezes não são cumpridos – nesta população em específico a quem a unidade de estágio presta cuidados)?;

- estarão os profissionais capacitados e preparados para trabalhar o autocuidado de forma holística na população com DRC?
- como percebem profissionais e utentes os conceitos de independência e autocuidado e como o assumem em HD?

Num artigo de Matthenws e Trenowth (2015), intitulado *Nurses' perceptions of self-management in renal care*, estas questões são apresentadas e trabalhadas do ponto de vista do profissional. Neste caso o estudo realizado sugere que os enfermeiros precisam de investimento na capacitação para estratégias de suporte e manutenção do autocuidado. Neste caso a investigação foi aplicada a uma amostra do Reino Unido mas crê-se existir capacidade de extrapolação para outras amostras, e uma vez que vai de encontro ao sentido quando questionada a equipa do estágio.

Relativamente ao ambiente hospitalar, o mesmo estudo sugere que o papel do enfermeiro de nefrologia é crucial no suporte do autocuidado mas pouco se sabe como a pessoa pode manter essa mesma independência quando hospitalizada e que barreiras encontra, caso existam. Sugere-se uma área de estudo interessante.

Também é de realçar, como resultados, a necessidade sentida na capacitação profissional, com investimento por parte das tutelas, pois estádios de competência menos desenvolvidos são vistos como barreira para os profissionais que, necessitando de maior investimento no treino da manutenção de aspectos terapêuticos da doença renal, tornam-se eles próprios barreiras para o autocuidado.

Este aspeto vem corroborar a discussão do estudo na qual se valida que a maioria dos enfermeiros consideraram a importância do autocuidado mas desconhecem formas de implementação do mesmo.

É validado o importante papel do doente renal na manutenção do seu cuidado, com necessidade de informação e conhecimento, em paralelo à importância do enfermeiro reconhecer, compreender e dominar o que é o autocuidado, como forma primária e principal de o suportar, visto como uma lacuna de conhecimento e uma necessidade de abandonar condutas de paternalismo face a condições crónicas, para assim se trabalhar a independência da pessoa alvo de cuidados.

A grande relevância do estudo foi reconhecer a necessidade da educação do doente renal, tornando-o confiante sobre a doença e assim capacitado para implementar vários aspetos da esfera do autocuidado. Mas isto só é possível capacitando o profissional

para que se torne pilar e referência para a independência do próprio doente, com estratégias que terão de ser aplicadas aos dois intervenientes.

Curiosamente, na revista NEFRÂMEA nº 187, referente ao terceiro trimestre do ano de 2018, a entrevista ao Enfermeiro João Fazendeiro, Diretor Nacional de Enfermagem da *Fresenius Medical Care* (p.20-22), aborda exatamente a questão da HD domiciliária, vista como uma área de necessidade de investimento e que não só depende de esforço por parte das instituições para a sua implementação, como também, e já um aspeto expectável, da autodeterminação do doente, no sentido em que a sua vontade em lidar com um sistema extracorporal de sangue faz diferença na sua aceitação, quando comparada com os líquidos de DP.

Um dos elementos abordados corresponde à diferente taxa de doentes em regime domiciliário em Portugal e noutros países, apontando-se o sucesso domiciliário destes segundos a elementos não controláveis e que geraram necessidade, como maiores áreas geográficas sem entidades de prestação de cuidados e que, como tal, direcionam a técnica para o domicílio e promovem maior número de doentes dependentes do seu autocuidado para manutenção de saúde.

Ainda a considerar a disparidade nacional da percentagem de doentes em programa de HD e de DP, vista como causa o facto, também, desta segunda ser apenas assegurada por entidades públicas, ao invés da HD cuja maior percentagem de tratamentos é assegurada por entidades privadas com acordos com o SNS, mas que garantem uma maior abrangência de prestação de cuidados.

Os achados bibliográficos e aqueles obtidos por conversa informal com os elementos da equipa parecem assim apresentar pontos de convergência a congruência, principalmente no que concerne à capacitação e investimento profissional e condições sociodemográficas e geográficas diretamente relacionadas com a população alvo da prestação de cuidados.

Apesar desta ser uma reflexão, e como tal sem validade do ponto de vista da investigação, transporta uma lacuna para eventuais trabalhos futuros, novos ciclos de estudo ou mesmo fomentação de atividade no atual ou futuros contextos de movimentação do estudante.

Como conclusão deste subcapítulo considere-se que todas as atividades aqui descritas e associadas ao resultado da avaliação do mesmo estágio demonstram a satisfação, por parte do estudante, dos objetivos propostos pela ESEL para o respetivo período.

3. ESTUDO SOBRE “INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NEFROLÓGICA NO CUIDADO À PESSOA COM ALTERAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL”

No presente capítulo é apresentado o relatório do processo de investigação que decorreu ao longo do terceiro semestre do ciclo de estudos, necessário à demonstração de competências de investigação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Responde ainda ao objetivo específico do estudante, presente em projeto de estágio e contemplado no Apêndice I, referente a *Desenvolver um estudo de Revisão Scoping sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica no cuidado à pessoa com alteração da função renal*.

Título da revisão Scoping: Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica no cuidado à pessoa com alteração da função renal.

Autor: Luís Filipe de Sá Nogueira Rodrigues – Aluno do 9º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção de Enfermagem Nefrológica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal

Endereço de email para correspondência: luisfsa27@gmail.com

3.1. Objetivo

Identificar as competências desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica no cuidado à pessoa com alteração da função renal.

3.2. Questão

Quais as competências específicas desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica no cuidado à pessoa com alteração da função renal?

Palavras-Chave: competência, enfermeiro, enfermagem nefrológica

3.3. Background

A prevalência da DRC tem sofrido notável incremento. Com maior incidência na população masculina com idade superior a 65 anos, e considerando-se o envelhecimento

gradativo da população em geral, com implicância em maior número de comorbilidades, a DRC é já considerada um problema global de saúde pública.

O aumento da prevalência da DRC em Portugal determina maiores necessidades na área e a frequente atuação dos profissionais de enfermagem especializados. O enfermeiro especialista é então aquele “com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção “ (OE, 2018, p.1).

A enfermagem nefrológica corresponde, assim, a uma especialidade direcionada para a proteção, promoção e otimização da saúde e prevenção da doença; facilitadora da saúde, aliviadora do sofrimento derivado do diagnóstico, defensora do cuidado ao indivíduo, família, grupos, comunidades e populações afectadas pela doença renal (Gomez, Castner & Dennison, 2011).

Os enfermeiros de nefrologia exercem funções tanto em cuidados de saúde primários como em contexto hospitalar, em instituições públicas e privadas, em todas elas para as quais a qualidade dos cuidados prestados é determinada pela capacitação para o desempenho de funções na área específica de assistência (Miguelsanz & Pilar, 2012).

Além dos contextos físicos, a enfermagem nefrológica é atuante em todo o ciclo de vida, em episódios agudos e crónicos, tornando-a um corpo de conhecimentos amplo com implicações no investimento e envolvimento do profissional, garantindo a intervenção competente e melhores resultados em saúde.

A intervenção competente é assumida como fisicalidade da competência, compreendendo esta segunda a demonstração de uma habilidade observada pelo comportamento (Hoffman, 1999), a performance efetiva e sustentada pela combinação de *skills*, conhecimentos, valores e habilidades (ANMC, 2006), as habilidades interativas, psicomotoras e intelectuais (White & Evan, 1991, citados por Beavis, Morgan & Pickering, 2012), ou ainda o nível esperado de performance que integra conhecimentos, *skills*, habilidades e julgamento (ANNA, 2010, citado por Windt, 2016).

Desta forma, o reconhecimento teórico da atuação de um enfermeiro especialista não se deve basear tanto no core de intervenções, mas antes no core de competências, considerando-se a intervenção como reduto físico, não isolado (como visto nas definições anteriormente apresentadas), ilustrativo e consequência do domínio de áreas de competência.

Do enfermeiro de enfermagem nefrológica é esperada uma determinada performance, um conjunto de intervenções específicas, adaptadas ao meio e à população a quem presta cuidados. A intervenção deste profissional pode ser repetida em realidades diferentes de cuidado à pessoa com alteração da função renal, contudo resulta do desenvolvimento e prova de competências de um domínio específico da enfermagem e que o tornam especialista, cumpridor dos requisitos emanados pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses para o respetivo reconhecimento de Grau. Por conseguinte, compreender e defender a atividade específica e especializada destes profissionais cumpre-se pelo mapeamento das competências do enfermeiro de enfermagem nefrológica no cuidado à pessoa com alteração da função renal, foco do presente trabalho, e sabendo que destas resultam intervenções cujo julgamento clínico e tomada de decisão adaptam da melhor forma a cada situação específica, dificultando a identificação de todas elas de outra forma que não seja pela competência da qual derivam.

3.4. Critérios de Inclusão

População: estudos que incluam enfermeiros, termo que quando cruzado com o contexto implicará o exercício profissional na área de especialidade médica de nefrologia.

Conceito: estudos com referência a competências do enfermeiro, termo que, como referido na população, quando cruzado com o contexto implicará o seu desenvolvimento e aplicação na área de especialidade médica de nefrologia.

Contexto: estudos com referência à especialidade médica de nefrologia, sendo um contexto situacional onde o enfermeiro desenvolve as competências de especialista em enfermagem nefrológica.

Tipos de Fontes de Informação: Toda a pesquisa primárias, estudos quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas.

3.5. Estratégia de Pesquisa

A presente revisão *Scoping* seguiu as indicações protocolares do JBI, considerando três etapas de estratégia de pesquisa:

- 1ª Etapa – Partiu-se da mnemónica PCC, referente às três dimensões da questão, a saber: *P* de População, *C* de conceito e *C* de contexto. Realizou-se uma pesquisa inicial limitada a duas bases de dados consideradas de maior relevância para o estudo: *Medline* e *Cinahl*. A primeira pesquisa foi realizada com recurso a palavras-

chave em linguagem natural (ditas primárias) e, posteriormente, com recurso a termos de indexação. Esta fase de pesquisa efetuou-se através da análise de palavras contidas no título, resumo e termos indexados descritos nos artigos constantes nas respetivas bases de dados bibliográficas, tendo como objetivo o estabelecimento de termos a utilizar em segunda fase.

- 2ª Etapa - A segunda etapa correspondeu à pesquisa de todas as palavras-chave identificadas e termos de indexação, recorrendo às mesmas bases de dados, dando-se privilégio a artigos em *full text*.
- 3ª Etapa – Elaboração da lista de referência de todos os artigos e relatórios identificados, disponíveis para a pesquisa em estudos adicionais.

Nesta revisão foram incluídos todos os estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola e com imposição temporal determinada em dez anos relativamente à data de publicação, com vista à atualidade da evidência científica.

As bases de dados utilizadas para as pesquisas foram *Medline* e *Cinahl*.

Incluiu-se a pesquisa de literatura cinzenta com recurso à base de dados *Google Scholar*.

A pesquisa inicial foi desenvolvida em inglês, partindo da combinação de três termos em linguagem natural e combinados com *and: Nephrology Nursing, Nursing Intervention, Nephrology*.

Verificou-se que não seria possível a utilização do termo *Nursing Intervention*, uma vez que produzia ausência de resultados e cujo termo utilizado nas respetivas bases de dados, para indexação, teria de ser *Clinical Competence*, dado que a sua definição, em ambas as bases de dados, remetia para a atividade diretamente relacionada com o cuidado ao paciente e, por conseguinte, satisfazendo os critérios de inclusão, com produção de resultados de pesquisa.

Por outro lado, para produção de resultados de pesquisa, verificou-se que o contexto teria de ser agregado à população. Assim, recorrendo à indexação de termos e dado que o contexto delimitado era situacional (*nephrology*), o termo que satisfazia os critérios de pesquisa seria *Nephrology Nursing*, utilizado para a população e contexto.

Assim, a pesquisa final foi realizada segundo o esquema que se apresenta:

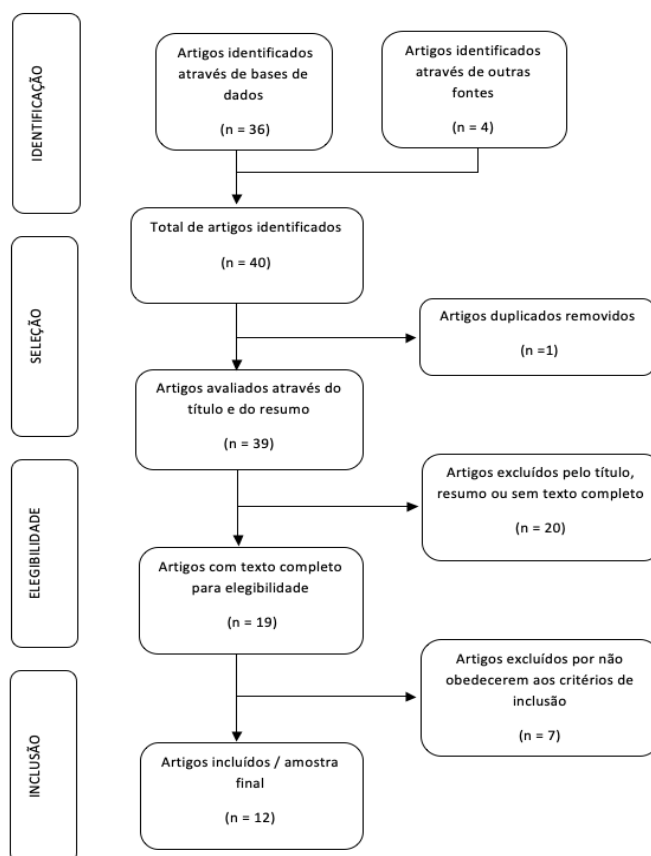
- População: *Nephrology Nursing*
- Conceito: *Clinical Competence*

- Contexto: (anexado ao conceito da população)

Os respectivos componentes de pesquisa da questão de investigação (PCC) foram combinados com *and*, restringindo a pesquisa e, posteriormente, foram sujeitos a filtros *Full Text* e aos limites temporais (2008-2018). Foram identificados 27 artigos na *Cinahl*, 9 artigos na *Medline* e 4 artigos através do *Google Scholar*. As referências bibliográficas foram exportadas para o software de gestão de referências bibliográficas *EndNote* e foram eliminados estudos duplicados. Estes artigos, mantidos em processo de seleção, foram avaliados considerando a sua relevância para a revisão, de acordo com a informação fornecida pelo título e resumo. À exceção de artigos pagos, todos os restantes, obedecendo aos critérios de revisão, foram recuperados. Os textos completos foram verificados quanto à conformidade com os critérios de inclusão.

Foram incluídos 12 artigos na revisão. O diagrama seguinte ilustra o processo de tomada de decisão ao longo dos momentos de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão de artigos, até constituição da amostra final. Considere-se que esta estratégia foi desenvolvida entre os dias 3 e 6 de Janeiro de 2019.

Figura 1. Diagrama ilustrativo das diferentes fases do processo de seleção dos artigos.



3.6. Extração de Resultados

A extração de resultados ocorreu com recurso a um instrumento construído, de acordo com as indicações protocolares do JBI, modificado e revisto sempre que se verificou necessidade, durante a extração dos respetivos resultados, permitindo a sua maior sensibilidade.

O quadro modelo construído encontra-se contemplado no Apêndice IV, bem como os quadros finais com os resultados obtidos (Apêndice V).

Os dados extraídos incluíram aspectos sobre a população, conceito e contexto, de acordo com a questão de investigação que conduziu a presente revisão.

Os resultados são apresentados agrupados em 4 categorias: competências e categorias de competências, desenvolvimento de competências, supervisão, cadernos de competências.

- **Competências e categorias de competências:**

São encontradas duas propostas de agrupamento e uma categoria isolada:

- ✓ a) Situação aguda, b) Transplante, c) Terapia de domicílio, d) Doença renal crónica, e) Tratamento conservador, f) Procedimentos de hemodiálise, g) Diálise peritoneal, h) Tecnologia aplicada, i) Supervisão, j) Administração, k) Controlo ambiental (Wiseman, 2013).

Estas categorias são apresentadas como algumas das possíveis áreas de competência do enfermeiro de nefrologia, deixando em aberto a sua ampliação e as competências correspondentes a cada uma delas.

- ✓ a) Enfermagem e ciência médica, b) Informação e ensino, c) Exames e terapias, d) Promoção da saúde e prevenção da doença, e) Cuidados paliativos, f) Segurança e qualidade, g) Cuidados ambientais, h) Investigação e desenvolvimento, i) Gestão e cooperação no cuidado ao paciente (Lindberg, Lundstrom, Johansson, Lidén & Holm, 2012).

Destas categorias emergem quadros com a totalidade de 43 competências do enfermeiro de nefrologia e que são apresentadas em Apêndice VI, com tradução direta de inglês para português.

- ✓ a) Competência cultural (Kelly, Wilden, Chammey, Martin, Heman & Russel, 2016): vista como capacitante do enfermeiro para a prestação de cuidados individualizados, quando considerado culturalmente competente.

- **Desenvolvimento de competências:**

Ao desenvolvimento de competências estão associados: a) Oportunidades de educação, b) O contexto de aprendizagem, c) A motivação pessoal e iniciativa para aprender e d) O ambiente cultural da unidade onde os enfermeiros trabalham (Wilson, Harwood & Oudshoorn, 2015).

O reconhecimento de não competência por parte dos profissionais gera sensação de pânico (Lamb & Norton, 2018), pelo que também o número reduzido de experiências reduz a confiança do enfermeiro e aumenta a dita sensação de não competência (Matthews & Trenoweth, 2015). Desta forma, o treino dos profissionais é visto como essencial e diretamente relacionado com a segurança do paciente (Lamb & Norton, 2018).

A forma de desenvolvimento de competências, para além das experiências na prática clínica, pode estar associada à disponibilização de módulos de aprendizagem online e a momentos de simulação.

Assim, módulos online com recurso a vídeo auxiliam os enfermeiros no desenvolvimento de conhecimentos face a competências esperadas, aumentando também o seu grau de confiança (Windt, 2016). Têm impacto na prática dos profissionais, apesar da sua aplicação poder gerar ansiedade (Beavis, Morgan & Pickering, 2012).

Por sua vez, a simulação de alta fidelidade melhora a experiência e ajuda ao desenvolvimento de competências (Przybyl, Androwick & Evans, 2015).

A não existência de estudos pós graduados em enfermagem nefrológica é vista como uma problemática que leva a que as unidades desenvolvam e apliquem programas próprios de formação e/ou ensino de protocolos da própria unidade, como forma de desenvolver as competências dos seus profissionais (Miguelsanz & Pilar, 2012).

- **Supervisão:**

A supervisão estruturada é associada a motivação, estimulando a aquisição de *skills*, conhecimentos e competências (Lamb & Norton, 2018). A boa e direta supervisão é aquela que primeiro demonstra, seguindo-se observações diretas e indiretas (Lamb & Norton, 2018). Os supervisores sentem-se responsáveis pela transmissão de competências (Lamb & Norton, 2018).

- **Cadernos de competências:**

Os cadernos de competências oferecem elementos estruturados no acesso a *skills*, conhecimentos e competências e são benéficos para o desenvolvimento da equipa (Lamb & Norton, 2018). Devem ser usados e permitem não só identificar competências como suportar a prática do cuidado (Lamb & Norton, 2018). Descrevem ao público e aos profissionais a natureza da especialidade e devem ser vistos como autoridades pelos enfermeiros, promovendo uma linguagem comum (Gomez, Castner & Dennison, 2011). Servem critérios de qualidade dos cuidados (Gomez, Castner & Dennison, 2011). Clarificam aspectos de ensino e avaliação de competências específicas que os enfermeiros devem desenvolver ao longo da sua carreira, respondendo às questões “o quê?” e “como fazer?” (Gomez, Castner & Dennison, 2011). Devem ser adequados ao desenvolvimento tecnológico e os enfermeiros de nefrologia são responsáveis pela sua atualização e utilização (Gomez, Castner & Dennison, 2011).

3.7. Discussão, conclusão e implicações para a pesquisa e prática

3.7.1. Discussão

O reconhecimento da atuação especializada do enfermeiro é um dos assuntos atualmente discutidos em Portugal. Isto implica o foco em competências específicas, demonstradas, validadas e certificadas, assumidas como essenciais aos ganhos em saúde da população, de acordo com aquelas que são as suas reais necessidades.

Segundo Wiseman (2013) a certificação é tradicionalmente vista como opcional, conceito esse que está em paradigma de mudança. Assim, mais do que a obtenção de licença profissional, enquanto condição para praticar uma profissão reconhecendo habilidades de prática, torna-se essencial a certificação profissional como a formalização do conhecimento especializado, *skills* e experiência, promotores de resultados ideais em saúde.

A competência é definida por vários autores, independentemente das suas condições frásicas específicas, como a união de conhecimento, habilidade, *skills* e julgamento. Também Wiseman (2013) clarifica estes aspectos, considerando conhecimento como a forma de pensar e compreender uma ciência e os standards profissionais de prática, aplicados e com ganhos num contexto, em experiências e capacidades pessoais de performance. Por sua vez, habilidade é vista como a capacidade de agir com efetividade, requerendo escuta, integridade, conhecimento e inteligência emocional e as ditas *skills*, ou seja, as capacidades psicomotoras, comunicacionais, interpessoais e de diagnóstico. Estes elementos devem ser revestidos de julgamento, admitido como o que envolve pensamento crítico, capacidade e poder de decisão, resolução de problemas e reconhecimento ético.

Assim, mais do que a intervenção do enfermeiro, o ato que ela origina deve ser encarado como a representação física de capacidades alicerçadas em conhecimento, experiência, tomada de decisão e todos os já considerados elementos determinantes da competência, o que a torna a demonstração de uma habilidade observada pelo comportamento (Hoffman, 1999).

A enfermagem nefrológica compreende-se como uma área de intervenção que atua em situação aguda e crónica, incluindo a realidade paliativa, com medidas terapêuticas específicas, não apenas de prevenção da doença mas também na substituição da função renal através de técnicas complexas, intermitentes e contínuas. Segundo Gomez, Castner & Dennison (2011), e citando Gomez (2011), esta é defendida como uma especialidade direcionada para a proteção, promoção e optimização da saúde e bem-estar dos indivíduos com doença renal, aplicável através da prevenção e tratamento da doença e prejuízo e do alívio do sofrimento do paciente, família e comunidade. A enfermagem nefrológica é assim uma das áreas profissionais para as quais a certificação é aplicada num vasto campo de intervenções e competências que implicam o investimento do enfermeiro numa carreira especializada, considerando a importância de garantir a adequação das pessoas aos seus postos, o que implica a sua qualificação, sobretudo onde são precisos profissionais com formação específica para cuidados de qualidade (Miguelsanz & Pilar, 2012).

Estas afirmações corroboram a definição de enfermeiro especialista em Portugal, considerado como aquele que tem “um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada

de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção “ (OE, 2018, p.1).

No entanto, analisando a realidade nacional, verifica-se a ausência do reconhecimento desse conhecimento especializado na área da enfermagem nefrológica. Não existindo publicações de ilustração e defesa da especificidade destes profissionais, apenas se valida a existência do *Guia Orientador de Boa Prática dos Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise* (OE, 2016), onde se lê que “ao enfermeiro que desenvolve o seu exercício profissional na área específica de enfermagem em nefrologia aplica-se as competências dos enfermeiros de cuidados gerais e o Código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” (p.14). Este mesmo documento apenas se dirige a enfermeiros que prestam cuidados no âmbito do tratamento dialítico, alienado de todo o conhecimento anexo ao enfermeiro de nefrologia, referindo que “face ao contexto específico da intervenção do enfermeiro em técnicas dialíticas, nomeadamente a elevada complexidade, a exigência e os riscos associados ao tratamento dialítico, recomenda-se que os serviços/unidades caminhem no sentido de que, pelo menos, 50% dos enfermeiros possuam competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica ou pessoa em situação crónica e paliativa” (p.14). Contudo, e apesar de preverem a necessidade de enfermeiros especialistas no cuidado à pessoa com alteração da função renal, mantêm o enfermeiro de nefrologia ao nível do enfermeiro de cuidados gerais. Sabendo-se que as situações ditas críticas, crónicas e paliativas são em número excessivo para enumeração e vão além da especialidade de nefrologia, e mais ainda de que para cuidados de qualidade em nefrologia não é de todo suficiente a certificação conferida pela licenciatura, sugere-se uma certa desresponsabilização pela atividade desenvolvida por profissionais de enfermagem dedicados à especialidade em questão. Esta situação vai de encontro aos achados com o presente estudo, no que concerne à baixa frequência ou mesmo inexistência de estudos pós graduados e do reconhecimento de competências específicas em enfermagem nefrológica, levando a que as unidades de prestação de cuidados sejam autónomas no desenvolvimento e aplicação de programas próprios de formação, como forma de desenvolver as competências dos seus profissionais (Miguelsanz & Pilar, 2012), revelando a necessidade de investimento tutelar na área. Não estando estas unidades, contudo, obrigadas a tal, pode-se considerar que daqui resulte o comprometimento da qualidade geral dos cuidados de saúde em Portugal, na área da enfermagem nefrológica, e dos ganhos em saúde que se poderiam obter, para os quais são necessários estudos que

comprovem a diferença nos resultados dos cuidados prestados por profissionais especializados em nefrologia face aos não especializados ou mesmo aos especializados em áreas abrangentes como a pessoa em situação crítica, crónica ou paliativa. A saber que são três currículos de estudo diferentes, praticados nas instituições de ensino superior e reconhecidos pela OE, para quem todos eles parecem capazes de cuidar do doente dito renal, o que vem a demonstrar-se a antítese da sua definição de enfermeiro especialista, reconhecido por ser direcionado para um domínio específico da enfermagem.

Assim, surge como urgente a necessidade de estabelecimento e reconhecimento das competências dos enfermeiros de nefrologia, no respeito pelas previsões epidemiológicas da doença renal em Portugal e consequente necessidade de ação direcionada e especializada, capacitando os profissionais e comprometendo-os numa área específica e vasta de estudo e prestação de cuidados. Remete-se para a elaboração e reconhecimento de cadernos de competências de especialidade, estabelecidos como mais-valias a vários níveis. Para os enfermeiros registados, estes cadernos assumem-se como autoridades de deveres, a desenvolver de forma competente, no reconhecimento do seu papel enquanto profissional especializado (Gomez, Castner & Dennison, 2011). Permitem descrever e compreender o papel específico dos enfermeiros de nefrologia nas várias áreas da sua prática (Gomez, Castner & Hein, 2017), respondendo a “o quê?” e “como fazer?”, promovendo uma linguagem comum de especialidade (Gomez, Castner & Dennison, 2011). A sua apropriação como autoridades de deveres contribui também para o desenvolvimento de *skills* e conhecimentos essenciais para compreender as necessidades dos pacientes (Lindberg, Lundstrom, Johansson, Lidén & Holm, 2012). Para as entidades empregadoras clarificam aspetos de ensino e avaliação de competências específicas (Gomez, Castner & Dennison, 2011), auxiliando os responsáveis pela formação no tipo de conteúdos e programas benéficos para os seus profissionais, definem expectativas esperadas do enfermeiro de nefrologia e o seu potencial de crescimento (Lindberg, Lundstrom, Johansson, Lidén & Holm, 2012), orientando ainda na prática ações de supervisão com objetivos definidos. Para as instituições de ensino e investigação podem ser indicativos das metas que os estudantes deverão atingir (Lindberg, Lundstrom, Johansson, Lidén & Holm, 2012). Por último, e como área mais importante, para a população que necessita de cuidados de saúde, estes cadernos servem critérios de qualidade dos cuidados, descrevendo a natureza da especialidade de enfermagem (Gomez, Castner & Dennison, 2011), maximizando benefícios para os pacientes com

falência renal, focando-se na efetividade para a promoção da saúde e do bem estar dos mesmos (Lindberg, Lundstrom, Johansson, Lidén & Holm, 2012).

Os ditos cadernos podem ser construídos como standards de atividade, agrupando as competências do enfermeiro de nefrologia por categorias, como as propostas na apresentação dos resultados desta investigação, considerando que as competências devem ser assumidas como dinâmicas, de acordo com o ambiente de aplicação e o nível de desenvolvimento do enfermeiro (Gomez, Castner & Hein, 2017). Para tal, e para a prática de habilidades/competências, são essenciais: educação, recursos e oportunidades (Wilson, Harwood & Oudshoorn, 2015), com o risco dos enfermeiros perpetuarem estados de menor desenvolvimento e dificuldade em competências consideradas essenciais (Wilson, Harwood & Oudshoorn, 2015). O combate a essa possibilidade implica não só o estabelecimento do core de competências essenciais mas também o seu treino e desenvolvimento, quer seja através do aumento de oportunidades clínicas, como na administração de módulos online (Beavis, Morgan & Pickering, 2012) e cenários de simulação de alta fidelidade (Przybyl, Androwick & Evans, 2015), aumentando o conhecimento e a confiança dos profissionais, garantindo a segurança do paciente e promovendo ganhos em saúde, comprometendo ainda as instituições de ensino e empregadoras na constante formação destes profissionais, assumindo que a formação e sua reciclagem na área da nefrologia são a base fundamental para poderem oferecer cuidados de qualidade (Miguelsanz & Pilar, 2012).

3.7.2. Conclusão

A enfermagem nefrológica deve ser assumida como uma área complexa, vasta e atuante em todo o ciclo de vida, na qual a realidade atual em Portugal implica o autodidatismo dos enfermeiros que nela trabalham, considerados por senso comum como profissionais altamente especializados mas cuja área de investimento não é reconhecida e/ou potenciada como específica de saber e competências. Esta afirmação é demonstrada pela sua não consideração em legislação profissional específica, salvaguardando as suas várias linhas de atuação, em planos de estudo ministrados pelas instituições (exceptuando-se o caso da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa mas a partir da qual os estudantes de ciclo de estudos pós graduados são reconhecimentos como especialistas em Médico-Cirúrgica, sem referenciação à área de investimento), e também pela comunidade científica em geral, validando-se a não existência de publicações nacionais

que remetam para as competências profissionais do enfermeiro de nefrologia, vindo esta revisão *Scoping* identificar uma lacuna de área de saber, ao mesmo tempo que permitiu o mapeamento de conceitos essenciais ao seu desenvolvimento e satisfazendo os objetivos da sua aplicabilidade.

Como principal limitação apresenta-se o reduzido número de informação obtida no que concerne a competências do enfermeiro de nefrologia, consideradas no âmbito de publicações científicas e não recorrendo a cadernos de competências de órgãos de tutela profissionais de vários países, parecendo existir uma atitude de não comprometimento académico com a especialidade em questão, ou a compreensão da sua capacidade para mudar a prática, exceptuando os casos de países que a reconhecem como especialidade ou que estão a produzir esforços nesse sentido.

3.7.3. Implicações para a investigação

São necessários mais procedimentos de investigação, principalmente em Portugal, que reflitam as competências do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica, como reflexo de uma prática com necessidade de reconhecimento e a sua implicação para os resultados em saúde.

3.7.4. Implicações para a prática

Dos resultados da revisão *Scoping* não resultam recomendações para a prática, uma vez que a avaliação de qualidade metodológica não é compreendida por este tipo de revisão de literatura. Contudo permite informar a prática sobre os estudos existentes associados à temática em questão.

Nota: Em apêndice VII serão contempladas as referências bibliográficas gerais utilizadas para a elaboração do relatório de Revisão *Scoping*, bem como as referências bibliográficas dos 12 artigos que originaram os resultados apresentados (Apêndice VIII). São apresentadas assim com vista à sua utilização para futuras publicações desta revisão de literatura, não constando neste subcapítulo por limitação do número de páginas permitidas para o Relatório de Estágio.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DRC é uma problemática que, segundo a literatura de especialidade, tende à presença cada vez mais significativa na realidade nacional (Macário, 2015).

A enfermagem é uma das disciplinas com atuação direta sobre este facto, o que implica o investimento e dedicação dos seus profissionais representantes, surgindo contemplados no Código Deontológico do Enfermeiro (2005), no seu artigo 88º, alínea c), como o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (2005, p.133).

Ao enfermeiro especialista é pedido o conhecimento exaustivo num domínio específico de enfermagem, com níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas em competências especializadas (OE, 2018), competências essas que se perspetivaram reais, necessárias e em linha de trabalho ao longo destes três semestres.

Este relatório reflete o percurso realizado pelo estudante não apenas no terceiro semestre do ciclo de estudos mas como culminar das aprendizagens às quais se submeteu ao longo de todo o processo de especialização.

Tendo em consideração o modelo de Benner (2001), a prática determina a perícia, pelo que se assume que se em determinadas áreas do cuidado à pessoa com alteração da função renal essa perícia atingiu apenas níveis de proficiência avançada, virá a aplicabilidade futura do aprendizado ser instrumento da prática clínica do profissional, mantendo o desenvolvimento até níveis avançados de perícia.

Resta referir que além das atividades apresentadas no corpo de texto deste relatório, tentou-se o seu complemento com atividades extra curriculares, considerando participações em encontros, congressos, apresentações em contexto de realidade profissional do estudante e que vêm referidas no apêndice IX, sob o título de *atividades extra curriculares desenvolvidas durante o período de especialização*.

Finda esta longa caminhada formal de perícia, consideram-se alcançados todos os objetivos propostos para a obtenção do grau de especialista em nefrologia e mestre em enfermagem, ao que se segue a discussão pública do presente relatório de estágio.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANNA (2017). *Contemporary Nephrology Nursing*. 3rd Edition. Sandra M. Bodin Editor

Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (2018). NEFRÂMEA porta-voz dos dialisados e transplantados renais. Nº 187. Out./Nov./Dez. 2018. APIR

Australian Nursing & Midwifery Council (ANMC), (2006). ANMC. *National Competency Standards for the Registered Nurses*. Acedido em 12/12/2018. Disponível através do site da organização: <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/search.aspx?q=national+competency+standards+for+++++registered+nurse.+>

Beavis, J., Morgan, J., & Pickering, J. (2012). *Testing nursing staff competencies using an online education module*. Renal Society of Australasia Journal, 8(1), 31–36. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=108179404&site=ehost-live>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Direção Geral da Saúde (2012). Norma da Direção Geral da Saúde: *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5*. Lisboa: Ministério da Saúde.

EDTNA/ERCA. (2012). *Acute kidney injury –a guide to clinical practice*. European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association. Luzern:EDTNA/ERCA.

GBD. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. Vol. 388, nº10053, p.1545-1602, 8 October. 2016. Acedido a 18/07/2018. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31678-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31678-6/fulltext)

Gomez, N., Castner, D., Dennison, H., (2011). *Incorporating the Nephrology Nursing Scope And Standards of Practice into Clinical Practice*. Nephrology Nursing Journal, 38 (4), 311-317. Acedido a 5/01/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21928607>

Gomez, N. J., Castner, D., & Hain, D. (2017). *Nephrology Nursing Scope and Standards of Practice: Integration into Clinical Practice*. Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association, 44 (1), 19–26. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29237105&site=ehost-live>

Hoffman, T. (1999). *The meanings of competency*. Journal of European Industrial Training. 23 (6), 275-285. Acedido a 14/03/2019. Disponível em: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/03090599910284650>

KDIGO (2013). *Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*. Kidney International Supplements. Vol 3, Issue 1, January 2013.

Kelly, J., Wilden, C., Chamney, M., Martin, G., Herman, K., & Russell, C. (2016). *Improving cultural and clinical competency and safety of renal nurse education*. Renal Society of Australasia Journal, 12 (3), 106–112. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=119508371&site=ehost-live>

Kralik, D. & Van Lonn, A. (2010). *Translating chronic illness research into practice*. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd., pp.17-36.

Lamb, P. C., & Norton, C. (2018). *Nurses experiences of using clinical competencies a qualitative study*. Nurse Education In Practice, 31, 177–181. Acedido em 04/01/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.06.006>

Lindberg, M., Lundstrom-Landegren, K., Johansson, P., Lidén, S., Holm, U., (2012). *Competencies for practice in renal care: a national Delphi study*. Journal of Renal Care. 38(2), 69-75. Acedido a 5/01/2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1755-6686.2012.00260.x>

Matthews, T., Trenoweth, S., (2015). *Nurses' perceptions of self-management in renal care*. British Journal of Nursing, 24 (19), 956-961. Doi:10.12968/bjon.2015.24.19.956 Acedido em 5/01/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26500125>

Miguelsanz, M., Pilar, S., (2012). *Enfermera Nefrológica: de la formación básica a la formación especialista*. Enferm. Nefrol., 15 (3), 170-175. Acedido em 5/01/2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000300003

Macário, F. (2015). Relatório Gabinete de Registo da SPN. *Tratamento Substitutivo da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal* - In Encontro renal 2015, 16 Abril. Vilamoura: SPN.

Macário, F. (2017). Relatório Gabinete de Registo SPN. *Tratamento Substitutivo Renal da Doença Renal Crónica estadio V em Portugal*. Acedido a 03.10.2018. Disponível em http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/130/REGISTO_DRCV2016.pdf

Macário, F. (2018). Relatório Gabinete de Registo da SPN. *Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2017* – In Encontro Renal 2018, 22-24 Março. Vilamoura: SPN.

Meleis, A. (2010). *Transition Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A., et al. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Moddle-Rang Theory*. Advanced Nursing Science. Vol. 23(3), pp. 12-28.

National Kidney Foundation (2002). *Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York: National Kidney Foundation. Acedido a 27/04/2018. Disponível em: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE. (1998). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 19/07/2018. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

OE. (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20/07/2018. Disponível em <https://dre.pt/application/file/3477087>

OE. (2016). *Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise*. Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE. Série 1, número 9. Acedido a 13/03/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBPHemodialise_VF_site.pdf

OE. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20/07/2018. Disponível em http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Julho/Regulamento_429_2018.pdf

Przybyl, H., Androwich, I., & Evans, J. (2015). *Using High-Fidelity Simulation to Assess Knowledge, Skills, and Attitudes in Nurses Performing CRRT ... Continuous renal replacement therapy*. *Nephrology Nursing Journal*, 42 (2), 135–148. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103796960&site=ehost-live>

Santos, I. , Seíça, A., Santos, A., Marques, G., Domingos, J., Ramos, L. ... Pereira, M. (2012). *Estomoterapia o saber e o cuidar*. Apece, Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomoterapia. LIDEL – edições técnicas, lda.

Sousa, C. (2012) *Cuidar da pessoa com fistula arteriovenosa: modelo para a melhoria continua*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2012:30 (1): 11-17. Acedido em 4/01/2019. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a03.pdf>

The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / supplement*. South Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido em

02/03/2019. Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews 2015 v2.pdf>

Wilson, B., Harwood, L., & Oudshoorn, A. (2015). *Understanding skill acquisition among registered nurses: the “perpetual novice” phenomenon*. Journal Of Clinical Nursing, 24(23–24), 3564–3575. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.12978>

Windt, K. (2016). *Development of Online Learning Modules as an Adjunct to Skills Fairs and Lectures to Maintain Nurses’ Competency and Comfort Level When Caring for Pediatric Patients Requiring Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT)*. Nephrology Nursing Journal, 43 (1), 39–46. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=112911272&site=ehost-live>

Wiseman, K. C. (2013). *Nephrology Certification: What Is It?* Nephrology Nursing Journal, 40 (3), 241–246. Acedido em 4/01/2019, Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104182978&site=ehost-live>

APÊNDICES

APÊNDICE I

**Objetivos propostos pelo estudante para desenvolvimento durante os
estágios:
atividades, indicadores, recursos e respetivo cronograma.**

Objetivo Geral	Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de especialização em EMC, na área de intervenção de enfermagem nefrológica, no cuidado à pessoa com alteração da função renal.		
Objetivo Específico 1	Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos CE à pessoa com alteração da função renal em contexto de internamento de nefrologia.		
Atividades	Indicadores	Recursos	EC
1. Realizar pesquisa bibliográfica sobre patologias do foro nefrológico e respectivas formas de controlo e tratamento; 2. Realizar estágio com duração de 4 semanas num serviço hospitalar de internamento de nefrologia; 3. Identificar as principais patologias dos clientes internados no serviço hospital onde se realizará o ensino clínico; 4. Reflectir sobre os CE à pessoa em regime de internamento de nefrologia; 5. Prestar CE à pessoa internada em serviço de nefrologia assegurando a prestação de cuidados a, pelo menos, 8 clientes; 6. Realizar o teste escrito subordinado ao	1. Presta CE à pessoa com alteração da função renal internada em serviço de nefrologia e: a) assegura a prestação de cuidados a pelo menos 8 clientes; b) demonstra habilidades de tomada de decisão assentes num corpo de conhecimento científico e de domínio ético-deontológico e na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (A); c) interpreta a situação específica de cuidados especializados e reflecte sobre a mesma (A); d) reflecte sobre a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados (B); e) gere os CE optimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multidisciplinar, dando resposta às necessidades da pessoa internada no serviço de	<ul style="list-style-type: none"> • Clientes internados em serviço de nefrologia; • Enfermeiro orientador; • Outros enfermeiros e profissionais; • Docente orientador da ESEL; • Bases de dados; • Bibliografia física (a determinar); • Material audiovisual. 	2

tema e de ocorrência nas instalações da ESEL, com data a determinar; 7. Elaborar um capítulo de relatório final de estágio referente ao estágio desenvolvido.	nefrologia (C e D); f) assenta os CE em processos de tomada de decisão suportada na investigação e no conhecimento na área da especialidade (D); 2. Assume os compromissos éticos e legais da profissão, integrando-se na cultura institucional do serviço. 3. Tem aproveitamento positivo no estágio 2; 4. Tem aproveitamento positivo no teste escrito subordinado ao tema e de ocorrência nas instalações da ESEL, com data a determinar. 5. Elabora um capítulo de relatório final de estágio referente ao ensino clínico desenvolvido.		
--	--	--	--

Legenda: 2: Serviço de internamento de nefrologia do Hospital X; **A, B, C e D:** Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Objetivo Geral	Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de especialização em EMC, na área de intervenção de enfermagem nefrológica, no cuidado à pessoa com alteração da função renal.		
Objetivo Específico 2	Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos CE à pessoa com alteração da função renal em contexto de programa de substituição da função renal - HD.		
Atividades	Indicadores	Recursos	EC
1. Realizar pesquisa bibliográfica sobre HD e respetivas técnicas de tratamento; 2. Realizar pesquisa bibliográfica sobre acessos vasculares e cuidados aos mesmos; 3. Realizar estágio com duração de 10 semanas (4 + 6) em dois serviços hospitalares de HD; 4. Refletir sobre os CE à pessoa em programa de HD; 5. Identificar e reflectir com elementos da equipa, colegas do curso de especialização e docentes sobre eventuais dilemas éticos inerentes à prestação de cuidados à pessoa em programa de HD; 6. Prestar CE à pessoa submetida a	1. Presta CE à pessoa com alteração da função renal em programa de HD em serviços hospitalares de HD e: a) assegura a prestação de cuidados a pelo menos 14 clientes (6+8); b) demonstra habilidades de tomada de decisão assentes num corpo de conhecimento científico e de domínio ético-deontológico e na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (A); c) interpreta a situação específica de cuidados especializados e reflecte sobre a mesma (A); d) reflecte sobre a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados (B); e) gere os CE optimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multidisciplinar, dando resposta às necessidades da pessoa submetida a tratamento de HD	<ul style="list-style-type: none"> • Clientes em programa de HD em serviços hospitalares de HD; • Enfermeiro orientador; • Outros enfermeiros e profissionais; • Docente orientador da ESEL; • Bases de dados; • Bibliografia física (a determinar); • Material audiovisual. 	1 4

<p>tratamento de HD assegurando o controlo da ocorrência de complicações interdialíticas em, pelo menos, 14 (6 + 8) sessões de tratamento;</p> <p>7. Realizar um teste escrito subordinado ao tema e de ocorrência nas instalações da ESEL, com data a determinar;</p> <p>8. Elaborar um capítulo de relatório final de estágio referente ao estágio desenvolvido.</p>	<p>(C e D);</p> <p>f) assenta os CE em processos de tomada de decisão suportada na investigação e no conhecimento na área da especialidade (D);</p> <p>2. Assume os compromissos éticos e legais da profissão, integrando-se na cultura institucional do serviço.</p> <p>3. Tem aproveitamento positivo no estágio 1;</p> <p>4. Tem aproveitamento positivo no estágio 4;</p> <p>5. Tem aproveitamento positivo no teste escrito subordinado ao tema e de ocorrência nas instalações da ESEL, com data a determinar;</p> <p>6. Elabora um capítulo de relatório final de estágio referente ao ensino clínico desenvolvido.</p>		
--	--	--	--

Legenda: 1: Unidade de HD do Hospital Y; **4:** Unidade de HD do Hospital Z; **A, B, C e D:** Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Nota: Nos parâmetros em que surge numeração do tipo (x + y) considere-se: x referente ao estágio 1 e y referente ao estágio 4.

Objetivo Geral	Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de especialização em EMC, na área de intervenção de enfermagem nefrológica, no cuidado à pessoa com alteração da função renal.			
Objetivo Específico 3	Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos CE à pessoa com alteração da função renal em contexto de programa de substituição de substituição renal – DP.			
Atividades	Indicadores	Recursos	EC	
1. Realizar pesquisa bibliográfica sobre DP e respectivas técnicas de tratamento; 2. Realizar pesquisa bibliográfica sobre acessos para DP e cuidados aos mesmos; 3. Realizar estágio com duração de 4 semanas num serviço hospitalar de DP; 4. Realizar pelo menos 2 dias de observação em segundo estágio num serviço hospitalar de DP; 5. Reflectir sobre os CE à pessoa em programa de DP; 6. Prestar CE à pessoa submetida a tratamento de DP, participando em planos educativos de pelo menos, 4 clientes; 7. Realizar com aproveitamento o teste escrito subordinado ao tema e de ocorrência nas	1. Presta CE à pessoa com alteração da função renal em programa de DP em serviços hospitalares de DP e: a) assegura a prestação de cuidados e participa em planos educativos de pelo menos 4 clientes; b) demonstra habilidades de tomada de decisão assentes num corpo de conhecimento científico e de domínio ético-deontológico e na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (A); c) interpreta a situação específica de cuidados especializados e reflecte sobre a mesma (A); d) reflete sobre a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados (B); e) gere os CE otimizando a resposta da equipa	<ul style="list-style-type: none">• Clientes em programa de DP em serviços hospitalares de DP;• Enfermeiro orientador;• Outros enfermeiros e profissionais;• Docente orientador da ESEL;• Bases de dados;• Bibliografia física (a determinar);• Material audiovisual.	3 4	

<p>instalações da ESEL, com data a determinar;</p> <p>8. Elaborar capítulo de relatório final de estágio referente ao estágio desenvolvido.</p>	<p>de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multidisciplinar, dando resposta às necessidades da pessoa em programa de DP (C e D);</p> <p>f) assenta os CE em processos de tomada de decisão suportada na investigação e no conhecimento na área da especialidade (D);</p> <p>2. Assume os compromissos éticos e legais da profissão, integrando-se na cultura institucional do serviço;</p> <p>3. Tem aproveitamento positivo no ensino clínico 3;</p> <p>4. Tem aproveitamento positivo no ensino clínico 4;</p> <p>5. Tem aproveitamento positivo no teste escrito subordinado ao tema e de ocorrência nas instalações da ESEL, com data a determinar;</p> <p>6. Elabora um capítulo de relatório final de estágio referente ao ensino clínico desenvolvido.</p>		
---	--	--	--

Legenda: 3: Unidade de DP do Hospital P; **A, B, C e D:** Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Objetivo Geral	Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de especialização em EMC, na área de intervenção de enfermagem nefrológica, no cuidado à pessoa com alteração da função renal.		
Objetivo Específico 4	Desenvolver investigação através da metodologia de Revisão Scoping no âmbito das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica no cuidado à pessoa com alteração da função renal.		
Atividades	Indicadores	Recursos	EC
1. Elaborar um protocolo de Revisão Scoping subordinado ao tema escolhido;	1. Elabora um protocolo de Revisão Scoping subordinado ao tema escolhido;	<ul style="list-style-type: none"> • Docente orientador da ESEL; • Bases de dados; • Bibliografia física (a determinar); • Material audiovisual. 	1
2. Executar a metodologia proposta no protocolo de Revisão Scoping elaborado;	2. Executa a metodologia proposta no protocolo de Revisão Scoping elaborado;		2
3. Apresentar as conclusões da implementação da metodologia do protocolo de Revisão Scoping elaborado através da elaboração de um capítulo dedicado ao efeito e constante no relatório final de estágio.	3. Apresenta as conclusões da implementação da metodologia proposta no protocolo de Revisão Scoping elaborado;		3
	4. Elabora um capítulo de relatório final de estágio referente ao protocolo de Revisão Scoping implementado.		4

	Ano	2018													2019							
	Mês	Set.	Out.					Nov.				Dez.			Jan.		Fev.					
	Dias	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10		3	7	4	21	28	4		
		28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	15		4	11	18	25	1	8		
Atividade																						
EC 1 – HD																						
EC 2 – Int. Nefro																						
EC 3 – DP																						
EC 4 – HD																						
Objetivo 1																						
Objetivo 2																						
Objetivo 3																						
Objetivo 4																						
Elaboração Relatório																						
Entrega Relatório																						

Legenda: **Estágio 1-HD:** Unidade de HD; **Estágio 2-Inter.:** Internamento de Nefrologia; **Estágio3-DP:** Unidade de DP; **Estágio4-HD:** Unidade de HD. **Objetivo 1:** Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos CE à pessoa com alteração da função renal em contexto de internamento de Nefrologia; **Objetivo 2:** Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos CE à pessoa com alteração da função renal em contexto de programa de substituição da função renal – HD; **Objetivo 3:** Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências nos CE à pessoa com alteração da função renal em contexto de programa de substituição de substituição renal – DP; **Objetivo 4:** Desenvolver investigação através da metodologia de Revisão Scoping no âmbito das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica no cuidado à pessoa com alteração da função renal.

APÊNDICE II

Caracterização dos Locais de Estágio, Equipas de Enfermagem e Populações Alvo.

ESTÁGIO 1: Unidade de Hemodiálise:

Local de Estágio

O estágio de HD foi realizado entre os dias 24 de Setembro de 2018 e 19 de Outubro do mesmo ano, num hospital central da área de Lisboa e que apoia uma população estimada de cerca de 350 mil habitantes.

O serviço de HD funciona de segunda a sábado, entre as 7h30m e as 23h, sendo o restante período assegurado por escala de prevenção, pelo destacamento de um enfermeiro da equipa/dia. Assim, a prestação de cuidados pode ocorrer durante as 24horas, 365dias/ano.

É constituído por duas salas, uma primeira com 13 postos de tratamento, dos quais é mantido um posto livre para situações de urgência, e uma segunda sala para doentes infectados por Hepatite B e VIH e constituída por dois postos de HD.

São realizadas técnicas intermitentes ditas de baixo fluxo.

A equipa presta apoio à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para realização de plasmaferese. As restantes técnicas das UCI e Unidade de Cuidados Intermédios (UCInt) do serviço de urgência são asseguradas pelos profissionais dessas mesmas equipas.

Todas as outras técnicas, realizadas nos internamentos do Hospital (UCInt), são asseguradas pela equipa do serviço de HD através do destacamento de um elemento escalado no respectivo turno, para o serviço de necessidade, e durante o período de realização do tratamento.

Equipa de Enfermagem

A equipa de enfermagem corresponde a um corpo de 15 profissionais com chefia própria. Deste número considere-se a existência de 7 enfermeiros especialistas, sendo 1 da área de Saúde Mental e Psiquiátrica e os restantes 6 elementos são especialistas em EMC na área de intervenção de Enfermagem Nefrológica e certificados pela ESEL.

São distribuídos por turnos da manhã e tarde, o primeiro com 5 elementos e o segundo com 4, o que determina o rácio máximo de 1 enfermeiro para cada 4 doentes, segundo o método de trabalho de enfermeiro responsável.

Face ao tempo de permanência no serviço, dois dos enfermeiros prestam funções há menos de dois anos nesta unidade, apesar de experiência em hemodiálise em clínicas satélite, e todos os outros acumulam tempo superior a 15anos.

População Alvo

O número de doentes atendidos no serviço de HD, e de forma regular, ronda os 80 doentes, dos quais a maioria são externos, em regime de ambulatório para sessões 3 vezes/semana, recorrendo a este serviço hospitalar por maior número de comorbilidades e grau de dependência. Um número reduzido corresponde a doentes internados e que, por estabilidade hemodinâmica, são transportados internamente para realização de técnica. No período de estágio este número rondou os 10 doentes.

São caracterizados por idade compreendida entre os 50 e os 80 anos de idade e as principais comorbilidades identificadas, a maioria constituindo causa primária da doença renal crónica, correspondem a DM, HTA e doenças vasculares.

Não existindo estatística de serviço disponível acerca da distribuição do tipo de acessos da população a quem são prestados serviços, parece existir uma homogeneidade nas percentagens atribuídas a cada um - Fistula Arteriovenosa (FAV) e Cateter Venoso Central (CVC). No que concerne ao tipo de CVC, dois deles são provisórios (colocados por necessidade urgente de indução de técnica) e os restantes permanentes tunelizados. Quanto a enxertos arteriovenosos apenas dois doentes as possuem, um deles com falecimento durante o período de estágio.

ESTÁGIO 2: Serviço de Internamento de Nefrologia:

Local de Estágio

O estágio de internamento de Nefrologia foi realizado entre os dias 22 de Outubro de 2018 e 16 de Novembro do mesmo ano, num hospital pertencente a um dos centros hospitalares de Lisboa, considerado centro de referência nacional na área da patologia renal.

Relativamente ao internamento de Medicina-Nefrologia, este compreende um total de 33 camas, das quais 6 são destinadas à UCInt. Tem ainda anexas a sala de técnicas e a sala de observação, para realização de biopsias renais, colocação e troca de CVC para HD, quando em veias jugular e subclávia direita ou femorais. Os procedimentos que envolvem as veias jugular e subclávia esquerdas são realizados em contexto de Bloco Operatório, pelo risco de complicações graves e necessidade de execução de técnica guiada com apoio de imagiologia. A sala de observação funciona como um espaço de urgência para apoio à

população abrangida pelo centro hospital e seguida pelo mesmo, em situações específicas de complicações associadas à patologia do foro renal.

Equipa de Enfermagem

A equipa de enfermagem corresponde a um corpo de 36 profissionais, apenas destinada ao internamento de Medicina-Nefrologia, com chefia partilhada com o serviço de HD.

Deste número considere-se a existência de 10 enfermeiros especialista: 1 na área do Doente Crítico, 1 de Saúde Comunitária, 6 de Reabilitação e 2 são especialistas em EMC na área de intervenção de Enfermagem Nefrológica e certificados pela ESEL.

São distribuídos por turnos da manhã, tarde e noite, o primeiro com 6 elementos e os restantes com 5, dos quais 2 elementos são sempre destinados à UCInt. Em contexto de enfermaria, a distribuição de enfermeiros e rácio utente-enfermeiro, está dependente da atribuição pelo chefe de equipa, ou responsável de serviço, geralmente regida pelo cálculo do número de horas de prestação de cuidados (de acordo com o programa informático implementado no local).

O tempo de permanência de profissionais no serviço é bastante díspar, atualmente com integração de um número considerável de enfermeiros recém-licenciados, considerados em nível iniciado (segundo o modelo de Benner, 2001) e atribuídos a um enfermeiro com maior experiência, que se torna o seu elemento de referência mesmo após *terminus* da dita integração ao serviço.

População Alvo

Face à população a quem são prestados cuidados, não existem dados de serviços sobre as principais faixas etárias.

São admitidos utentes que podem ser divididos em três principais grupos, a salientar: utentes com complicações médicas pós transplante renal (causas infecciosas, rejeição aguda de enxerto, otimização de terapêutica imunossupressora); utentes com agravamento ou complicações de DRC (admitidos para indução de TSFR, descompensação metabólica em utentes sob TSFR, otimização de terapêutica por edemas, dispneia, anemia, entre outros); utentes do foro médico com DRC conhecida (admitidos por causas neurológicas, urológicas, entre outras).

ESTÁGIO 3: Unidade de Diálise Peritoneal:

Local de Estágio

O presente estágio foi realizado num hospital central da área de Lisboa, com atividade reconhecida na área da nefrologia.

A unidade de DP funciona em regime de consulta de ambulatório, estando fisicamente integrada no serviço de internamento de nefrologia, com espaço próprio e chefia partilhada. Presta cuidados de segunda a sexta-feira, entre as 8h e as 16h 30m, horário a partir do qual, e em caso de urgência de observação de algum dos doentes, os serviços são prestados por um dos enfermeiros escalados no serviço de internamento e com observação médica pelo nefrologista destacado para urgência interna.

Nesta unidade são desenvolvidas as seguintes atividades: consulta de DP, consulta TR, exames auxiliares de diagnóstico: biópsia renal, consulta de esclarecimentos (que ocorre no espaço físico do serviço de HD e que é assegurada pelas equipas de DP e de HD, atribuídas em semanas alternadas).

Equipa de Enfermagem

A equipa de enfermagem é constituída por um corpo de 5 profissionais, dos quais 1 corresponde à Enfermeira Chefe (também responsável pela chefia do internamento de nefrologia), 1 Enfermeira alocada fisicamente à unidade de DP e 3 Enfermeiras que alternam turnos entre a unidade de DP e o internamento de nefrologia.

Da equipa prestadora de cuidados considere-se a existência de 2 elementos com especialidade em EMC, na área de intervenção de enfermagem nefrológica (certificados pela ESEL), sendo os restantes detentores do grau de licenciatura.

São distribuídos por turnos da manhã, cada um com dois elementos.

Dois dos elementos da equipa prestam cuidados na unidade de DP por período superior a 10 anos, sendo os restantes mais recentes, mas com tempo de permanência superior a 5 anos.

População Alvo

Pela disparidade de idades dos utentes a quem são prestados cuidados na unidade de DP, não é possível apresentar as faixas etárias para efeitos de caracterização da população alvo.

As comorbilidades mais comuns são a DM e a HTA, constituindo, muitas vezes, causas primárias da DRC, tanto para utentes em DP como para transplantados.

São admitidos utentes que podem ser divididos em três principais grupos, a salientar: utentes sob TSFR em programa de DP (desta população fazem parte 35 utentes); utentes submetidos a transplante renal e seguidos em consulta de Pós-Transplante (210 utentes a 31 de Dezembro de 2017 e calculados 215 utentes na mesma data em 2018); utentes internados que necessitam de submissão a biópsia renal como meio auxiliar de diagnóstico, transferidos para a unidade de DP, onde realizam o respetivo exame e, posteriormente, são reencaminhados para o seu serviço de origem.

ESTÁGIO 4 (Estágio de Opção): Unidade de Diálise:

Local de Estágio

O respetivo estágio decorreu entre os dias 3 de Janeiro de 2019 e 8 de Fevereiro do mesmo ano, num hospital central de Lisboa, com atividade reconhecida na especialidade de nefrologia.

A unidade de diálise funciona em regime de ambulatório, integrada no Hospital de Dia Médico da mesma instituição, com espaço, equipa e chefia próprias. Presta cuidados de segunda a sábado, entre as 8h e as 23h. Durante o período no qual a unidade se encontra fechada, os serviços de assistência à população alvo terão de ser assegurados por outras unidades do hospital ou em articulação com outras instituições.

Nesta unidade são desenvolvidas as seguintes atividades: técnicas dialíticas intermitentes, consulta de DP, biópsias renais, colocação de CVC e consulta de esclarecimentos.

É constituída por duas salas, uma primeira com 13 postos de tratamento, e uma segunda sala para doentes infectados por Hepatite B e VIH e constituída por 4 postos de HD.

Equipa de Enfermagem

A equipa de enfermagem é constituída por um corpo de 15 profissionais, dos quais 1 corresponde ao Enfermeiro Responsável do Serviço.

Da equipa prestadora de cuidados considere-se a existência de 2 elementos com especialidade em EMC (sendo um deles certificado pela ESEL na área de intervenção de enfermagem nefrológica) e 2 elementos com especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Os restantes elementos da equipa são obtentores do grau de licenciatura.

Dois dos enfermeiros da equipa são licenciados em tempo inferior a 1 ano, sendo que todos os restantes acumulam experiência profissional, maioritariamente, entre os 6 e os 14 anos.

O rácio máximo enfermeiro-utente é de 1 para 4.

População Alvo

Não sendo possível apresentar, para efeitos de caracterização da população alvo, dados referentes às faixas etárias mais comuns, parece existir alguma disparidade de idades dos utentes a quem são prestados cuidados.

As comorbilidades mais comuns são a DM, HTA e doenças vasculares, constituindo, muitas vezes, causas primárias da DRC, tanto para utentes em HD como em DP.

Os utentes a quem são prestados cuidados, e que são seguidos na instituição por maior número de comorbilidades e/ou dependência, podem ser divididos em 4 principais grupos, a salientar: utentes sob TSFR em programa de HD e DP (54 pessoas em HD e 19 em DP); utentes internados que necessitam de submissão a biópsia renal como meio auxiliar de diagnóstico - transferidos para a unidade de diálise, onde realizam o respetivo exame e, posteriormente, são reencaminhados para o seu serviço de origem; utentes em estágio 3 da DRC, seguidos pela equipa médica da instituição e que recorrem a consulta de esclarecimento para escolha de modalidade de tratamento.

APÊNDICE III

**Folheto sobre a biópsia renal elaborado durante o estágio em unidade de
DP**

O QUE É A BIÓPSIA RENAL?

A Biópsia Renal consiste em retirar um pequeníssimo fragmento do seu rim através de uma agulha especial.

Esse fragmento será, depois, analisado.

PARA QUE SERVE?

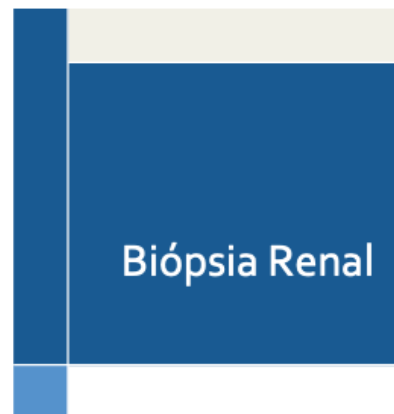
- Serve para diagnosticar a causa da doença renal. Em muitas situações é o único exame que permite diagnosticar corretamente os problemas renais.
- Serve para detetar as alterações do funcionamento dos rins;
- Serve para ajustar a terapêutica para a doença renal.

ANTES DE REALIZAR A BIÓPSIA RENAL...

- Deve informar o Médico e o Enfermeiro de toda a medicação que toma em casa;
- Poderá ser-lhe pedido, pelo seu Médico Nefrologista, que deixe de tomar, durante alguns dias, medicamentos que possam aumentar o risco de hemorragia.



Serviço de
CONTACTOS:



Nome do Hospital



Folheto realizado por Luís Rodrigues, no âmbito do
9º Curso de Mestrado de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
intervenção de Enfermagem Nefrológica

NO DIA DO EXAME:

O QUE ACONTECE ANTES...?

- Ser-lhe-á explicado todo o procedimento e pedido que preencha um documento em que consente a realização da Biópsia Renal;
- O Enfermeiro colocar-lhe-á um cateter numa veia;
- Deve esvaziar a bexiga antes do procedimento.



O QUE ACONTECE DURANTE...?

- O exame será realizado numa sala própria do Serviço e estará acompanhado por um Enfermeiro e um Médico, que lhe prestarão todos os esclarecimentos;
- Para a realização da Biópsia Renal é necessário que fique deitado em decúbito ventral (de "barriga para baixo") durante alguns minutos;
- Ser-lhe-á feita uma ecografia renal para localizar o rim;
- O Médico irá administrar anestesia local na região sobre o rim que vai ser biopsado (sentirá uma picada e um ardor, que corresponde à anestesia. Depois disso não sentirá dor).
- É importante que fique imóvel e que cumpra as indicações dadas pelos Profissionais que o acompanham durante a Biópsia;
- Deve colaborar efetuando movimentos respiratórios de acordo com as instruções do Médico, nomeadamente inspirar profundamente, sustar a respiração por uns segundos e finalmente expirar;
- Ouvirá um "clique" que corresponde à picada;
- No final será feita pressão no local onde foi inserida a agulha e aplicado um penso.



O QUE ACONTECE DEPOIS...?

- Deve ficar em decúbito dorsal (de "barriga para cima") durante 6 horas;
- Deve permanecer em repouso no leito durante 24 horas;
- Será vigiada a sua Tensão Arterial;
- Deverá vigiar as características da urina para despistar qualquer hemorragia (sangue);
- Se tiver ficado internado para a realização deste exame, após observação do seu Médico e cumprido o repouso de 24 horas, poderá ter alta;
- Se surgir: febre, dor, ardor ao urinar, sangue na urina, palpitações, alteração do seu estado de consciência ou algum sinal diferente do habitual deverá contactar o Serviço;
- Nas duas semanas após o exame não deverá realizar atividades que exijam esforço físico.

APÊNDICE IV

Quadro modelo para extração de dados construído no âmbito do processo de investigação através da metodologia de *Revisão Scoping* e segundo as normas do *JBI*: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica no Cuidado à Pessoa com Alteração da Função Renal

	CÓDIGO:
AUTOR	
ANO DE PUBLICAÇÃO	
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM	
OBJECTIVOS	
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA	
METODOLOGIA	
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO	
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO	
RESULTADOS	
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO	
PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO	

APÊNDICE V

Quadros resultantes da extração de dados durante o processo de investigação através de metodologia de *Revisão Scoping*: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica no Cuidado à Pessoa com Alteração da Função Renal

CÓDIGO: 01
AUTOR
Kimberly Windt
ANO DE PUBLICAÇÃO
2016
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM
Estados Unidos da América
OBJECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliar um programa de educação dirigido a enfermeiros, por forma a manter as competências da equipa face a técnicas complexas mas de baixa incidências (técnicas contínuas em população pediátrica).
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros em UCI pediátrica e que realizam técnicas contínuas (n=173) ✓ 28 com mais de 10 anos de experiência; ✓ 44 entre 5 a 10 anos de experiência; ✓ 23 entre 3 e 5 anos de experiência; ✓ 44 entre 1 e 3 anos de experiência; ✓ 34 com menos de 1 ano de experiência.
METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de programa online a população (sobre técnicas, com vídeos e explicação); • Aplicação de entrevistas.
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de <i>seperusers</i> – especialistas, treinados em técnica e com capacidade de transmissão de conteúdos (ponto de vista educativo), e que dão feedback a quem se submete ao programa de ensino; • Criação de dois módulos online (conteúdos vários, de acordo com técnicas e com a tecnologia utilizada); • Posterior aplicação de questionários sobre a eficácia do método para o desenvolvimento de competências.
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Não especificado;
RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • 72% concordaram ou concordaram fortemente que o módulo melhorou o seu nível de confiança; • 75% concordaram ou concordaram fortemente que a informação era adequada ao seu nível de conhecimento; • 43 pessoas consideraram que deveriam ser lecionados um módulo por ano, 73 um módulo 2/2 anos, 19 três módulos por ano, 38 quatro módulos por ano; • Algumas pessoas consideraram os vídeos adequados e algumas pessoas consideraram que os módulos deveriam ser disponibilizados quando existiam pacientes submetidos a técnica; • Existiram opiniões de que o método presencial era o mais adequado.
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de programas educativos e de desenvolvimento de competências para prestação de cuidados; • Módulos de educação online são uma fonte de treino para enfermeiros de UCI; • A esperança em incorporar outras técnicas como a simulação de alta

fidelidade;

- A segurança do paciente é o resultado final para o qual é necessária a criação e manutenção das competências das terapias de alto risco e baixo volume (técnicas contínuas);
- Estes programas de educação para as técnicas em questão providenciam elementos estruturais dirigidos às necessidades dos enfermeiros para cuidados com técnicas agudas, complexas e raras (neste contexto);
- Neste contexto o módulo online é visto como um método eficiente, nomeadamente face a custo-efetividade, que permite educar um maior número de profissionais. Os vídeos são também fornecidos em separado e os módulos estão sempre disponíveis para consulta, sendo muito procurados por enfermeiros com menos experiência.

PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO

- As técnicas contínuas são formas de diálise utilizadas em UCI para tratar a lesão renal e o excesso de líquidos na doença aguda;
- Os enfermeiros que executam estas técnicas na doença aguda (de crianças) devem ter a habilidade de rapidamente reconhecerem ocorrências e atuar nas situações críticas, mantendo o doente e o equipamento e assegurando a terapia;
- A baixa incidência de técnicas contínuas bem como a sua complexidade, geram discussão face a como manter as competências da equipa;
- **COMPETÊNCIA** = nível esperado de performance que integra conhecimento, skills, habilidades e julgamento (ANA, 2010, p.12);
- *Institute of Medicine* (IOM, 2003) refere que os profissionais de saúde não estão preparados para assegurar alta qualidade e cuidados seguros devido a níveis de competência baixos;
- NCSBC (2005) – *National Council for the State Boards of Nursing*: porque os cuidados de saúde estão em constante desenvolvimento, assim como a tecnologia, a licenciatura base não permite assegurar competências ao longo de toda a carreira profissional;
- Enfermeiros, empregadores, educadores, organizações profissionais e “state boards of nursing”, partilham responsabilidades na manutenção das competências do enfermeiro;
- O profissional tem o dever de manter a competência ao longo da sua carreira, mas as entidades reguladoras devem indicar os standards da prática e os empregadores devem providenciar o ambiente para a sua prática. ANNA (2008);
- A certificação, por si só, não indica que na prática a competência seja aplicada, exista e seja desenvolvida;
- Métodos de simulação devem ser considerados (havendo alguma discordância sobre se para aceder a estes métodos o enfermeiro deve já ser proficiente ou não).

CÓDIGO: 02
AUTOR
Janet Kelly, Cheryl Wilden, Melissa Chamney, Gay Martin, Kylie Heman & Chistine Russel
ANO DE PUBLICAÇÃO
2016
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM
Austrália
OBJECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver um programa educativo para melhorar a competência cultural, clínica e segura de novas, existentes ou futuras equipas de enfermeiros;
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> Não especificado;
METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> Grupo focus para análise reflexiva de currículos e experiências;
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Fase 1: revisão (por um educador) do currículo formativo dos estudantes de enfermagem e leitura de depoimentos de pacientes (identificando falhas nos currículos de acordo com os relatos de doentes aborígenes); Fase 2: teste com estudantes, refletindo e adaptando o programa de ensino proposto; Fase 3: construção de um <i>framework</i> educativo para suporte da qualidade clínica e cultural do cuidado (de acordo com a análise conjunta das vertentes educativas, clínicas, culturais e relatos de pacientes);
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Não especificado;
RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> O modelo de Benner é considerado por todos os elementos como altamente relevante e adaptado aos enfermeiros; Aspectos culturais dos cuidados são considerados essenciais, reconhecendo determinantes sociais da saúde, desenvolvendo sensibilidade; A consciência cultural é mais comuns nos enfermeiros iniciados e a sensibilidade cultural nos proficientes avançados; O desenvolvimento da competência clínica alinhada com a competência cultural é vista como altamente importante e expectável por parte dos enfermeiros em treino; Um enfermeiro proficiente pode não explicitamente ter noção do impacto social, histórico, político e económico de determinados factores da forma como o enfermeiro culturalmente seguro tem; O grupo concordou que o enfermeiro perito e culturalmente seguro pode providenciar qualidade clínica e cultural dos cuidados em situações complexas de saúde; No caso australiano: o enfermeiro pode ser iniciado em skills clínicas de nefrologia e, pela experiência, por ter trabalhado ou vivido com aborígenes, estar desperto para as necessidades culturais e para a segurança cultural.
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> Rever o programa educativo de enfermeiros de nefrologia que trabalham com

<p> pessoas aborígenes e não aborígenes no sul da Austrália é visto como oportunidade de desenvolvimento de CE mais capazes do ponto de vista cultural. </p>
PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • Termos como segurança cultural, competência cultural, consciência cultural e sensibilidade cultural; • A competência cultural capaz de influenciar os resultados dos cuidados.

CÓDIGO: 03
AUTOR
Wiseman, K.C.
ANO DE PUBLICAÇÃO
2013
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM
Estados Unidos da América
OBJECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Descrever as diferenças entre certificação de competência e licença profissional; • Discutir diferentes agências de acreditação para certificação em nefrologia;
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Com a necessidade de creditação dos hospitais e sistemas de saúde, a certificação em nefrologia atinge um sentido de urgência; • A associação entre educação, certificação e resultados em pacientes ainda não está definida, pois estes últimos dependem de múltiplos factores; • São necessários estudos realizados por enfermeiros de nefrologia, para identificação e quantificação efeitos da educação e certificação; • Encorajar equipas de enfermagem a serem certificadas pode permitir demonstrar os benefícios da certificação; • A certificação não deve ser vista como um fim mas antes como um elemento de processo.
PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • A certificação é tradicionalmente vista como opcional, ideia que está a mudar; • LICENÇA PROFISSIONAL: condição para praticar uma profissão, reconhece habilidades de prática; • CERTIFICAÇÃO: reconhecimento formal do conhecimento especializado, skills e experiência, que promovem resultados ideais em saúde; • A certificação implica exposição a testes de conhecimento e contacto prático;

- **COMPETÊNCIA:** Aplicação do conhecimento e de skills interpessoais, de decisão e psicomotores esperados do enfermeiro em contexto de saúde pública. (NCSBN, 2005). / Nível expectável de desempenho que integra conhecimentos, skills, habilidades e julgamento;
- **CONHECIMENTO:** pensar e compreender uma ciência e standards profissionais de prática, aplicados e com ganhos num contexto, em experiências e capacidades pessoais de performance;
- **SKILL:** psicomotoras, comunicacionais, interpessoais e de diagnóstico;
- **HABILIDADE:** capacidade de agir com efetividade. Requer escuta, integridade, conhecimento, inteligência emocional....;
- **JULGAMENTO:** inclui pensamento crítico, resolução de problemas, poder de decisão e reconhecimento ético;
- A competência deve ser visto como contínua e dinâmica, com necessidade de recertificação e adequada ao desenvolvimento do ambiente e tecnologia.
- **ALGUMAS ÁREAS DE COMPETÊNCIAS ENFERMEIROS NEFROLOGIA:**
 - ✓ Situação aguda;
 - ✓ Transplante;
 - ✓ Terapia de domicílio;
 - ✓ DRC;
 - ✓ Tratamento conservador;
 - ✓ Procedimentos de Hemodiálise;
 - ✓ DP;
 - ✓ Tecnologia aplicada;
 - ✓ Supervisão;
 - ✓ Administração;
 - ✓ Controlo ambiental.

CÓDIGO: 04
AUTOR
Norma J. Gomez, Debra Castner, Debra Hain
ANO DE PUBLICAÇÃO
2017
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM
Estados Unidos da América
OBJECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Fazer o levantamento de práticas, competências e situações que requerem intervenção do enfermeiro de nefrologia.
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
RESULTADOS

<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Os cadernos de competências devem ser usados na prática dos enfermeiros de nefrologia; • Permitem não só identificar competências como suportar a prática do cuidado;
PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • ANNA é a organização profissional que reconhece enfermeiros de nefrologia; • ANNA reconheceu a enfermagem nefrológica como especialidade em 2005; • Enfermagem nefrológica é uma especialidade direcionada para a proteção, promoção e otimização da saúde, prevenção da doença. Facilitadora da saúde, aliviadora de sofrimento derivado de diagnóstico, defensora do cuidado ao indivíduo, família, grupos, comunidades e populações afectadas pela doença renal (Gomez, 2017, p.1.); • Os standards de prática devem ser vistos como a base dos deveres do enfermeiro de nefrologia; • A competência é dinâmica, de acordo com o ambiente e com o nível de desenvolvimento do enfermeiro; • Os enfermeiros de nefrologia registados devem manter a sua atualização de conhecimentos, skills, desenvolvimento pessoal e integrar conhecimento derivado da experiência; • Enfermeiros de nefrologia desenvolvem cuidado centrado na pessoa, com vista à melhoria dos resultados em saúde e redução de custos; • Dilemas éticos próprios tendo em conta a população alvo; • Os cadernos da ANNA permitem descrever e compreender o papel específico dos enfermeiros de nefrologia nas várias áreas da sua prática; • Estes devem ser dinâmicos de acordo com o desenvolvimento tecnológico e da prática; • Os standards respondem a “O QUE FAZEMOS?”; • Podem ser utilizados em: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhoria dos sistemas de qualidade; ✓ Políticas, procedimentos e protocolos; ✓ Avaliações de desempenho e tomadas de posição; ✓ Programas educativos e de treino de equipa; ✓ Educação para a saúde (paciente); ✓ Avaliação dos resultados em saúde; ✓ Regulação e legislação de atividade; ✓ Investigação em enfermagem nefrológica; ✓ Critérios para prémios e bolsas de estudo.

CÓDIGO: 05
AUTOR
Paula C. Lamb, Christine Norton
ANO DE PUBLICAÇÃO
2018
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM
Londres
OBJECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender as experiências de vivência de enfermeiros iniciados e mentores, utilizando as competências clínicas em HD; • Compreender como as competências em HD contribuem para o desenvolvimento de conhecimento, skills e competências dos enfermeiros iniciados.
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> • 19 intervenientes de 6 unidades de HD, 10 iniciados e nove mentores; • Dos 10 iniciados: idades entre 25 e 45anos, um homem e nove mulheres com experiencia profissional entre 3 meses e 2 anos. • Dos mentores: idades entre 35 e 55 anos, todos mulheres, com experiência profissional entre 10 e 30 anos; • Amostra de conveniência até atingir saturação;
METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semi estruturada de cerca de 30minutos com termo de confidencialidade; • Transcrição de entrevista; • Análise hermenêutica; • Identificação de temas emergentes; • Clusters; • Identificação de categorias e ordenação das mesmas por frequência e riqueza.
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas: entre fevereiro de 2015 e março de 2015
RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado directo ao paciente em HD: os iniciados precisam de supervisão estruturada e motivação para estimular o aumento de aquisição de skills, conhecimentos e competências; • Avaliação tratamento HD: um dos papéis centrais do enfermeiro de HD é compreender a importância da avaliação do tratamento de HD; • Envolvimento do paciente: todos os iniciados referiram dificuldade em identificar até que ponto o paciente pode e quer ser envolvido; • Supervisão e competências clínicas em HD: um dos iniciados refere que a boa e directa supervisão é aquela que primeiro demonstra como se preparara a máquina de HD ou inicia tratamento, seguindo-se observações directas e indirectas. Por sua vez um dos mentores refere ter-se sentido responsável pela transmissão das competências (cadernos de competências).
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Cadernos de competências clinicas em HD oferecem elementos estruturados para enfermeiros iniciados e mentores no acesso a skills, conhecimentos e

<p>competências (Harding et al. (2013);</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Frameworks</i> estruturados de competências são benéficos para o desenvolvimento da equipa; • Mentores sentiram que os iniciados não estavam treinados para procedimentos operacionais da máquina e alarmes, comprometendo a segurança do paciente; • O momento de canulação é visto, pelos iniciados, como altamente stressante; • Episódios de reconhecimento de baixa competência traduzem-se em pânico pelos iniciados; • Os iniciados percebem que o acesso do doente é um elemento essencial e que deve ser preservado e que os doentes são dependentes dos enfermeiros; • Mentores com papel fundamental e estruturante para o desenvolvimento de conhecimento e desenvolvimento de skills práticas dos iniciados; • A estratégia de recurso a experiências anteriores é vista como importante; • Os próprios mentores sentiram-se desafiados à mudança de estratégia quando os elementos mais novos precisavam de mais tempo para desenvolvimento de conhecimentos e competências; • Os mentores desenvolvem um papel formativo essencial; • Estudos importante para futuras discussões sobre o papel das equipas que trabalham em áreas de especialidade.
PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO

CÓDIGO: 06
AUTOR
Jenny Beavis, Joedie Morgan, Janice Pickering
ANO DE PUBLICAÇÃO
2012
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM
Austrália
OBJECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Criar um programa online para teste e desenvolvimento de competências de equipas de unidades de HD; • Programa de fácil acesso durante o trabalho, permitindo acesso a todos os conteúdos considerados relevantes em HD e que permita feedback após submissão.
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> • Todas as equipas das unidades de HD da área metropolitana de um hospital Australiano – Royal Melbourne Hospital (sem mais dados); • N = 106
METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de três módulos online para aferição de conhecimentos e competências, essencialmente de administração de medicação em HD; • Considerados dois tipos de módulos: básico (aplicado no primeiro ano) e avançado (aplicado no 2º e 3º anos); • Só com 100% de respostas corretas pelas equipas estas eram consideradas capazes e seguras para administração de medicação durante a HD.

MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Escolha de dois elementos (ditos educadores) que definiram conteúdos; • Criação de um programa online com 100 perguntas (políticas organizacionais e de serviço, cálculos de fluidos e drogas, medicação específica administrada durante a HD); • Aplicação de estudo piloto; • Redução a 20 perguntas; • Aplicação de programa à amostra final; • Acesso ao questionário através de intranet (de igual forma para todas as unidades de HD envolvidas); • Sem tempo máximo para preenchimento de questionário mas após submissão não podia ser modificado; • Era fornecido feedback instantâneo de percentagem de respostas corretas; • Se não fosse atingido 100% teria de ser respondido um novo questionário com 20 perguntas diferentes das anteriores e num período não inferior a 12 horas; • Cada equipa tinha um máximo de 3 tentativas para atingir 100% de respostas corretas; • O não atingimento de 100% cessava a capacidade do profissional administrar medicação até atingir o resultado pretendido; • Comparação de resultados (estudos piloto/resultados finais).
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • 3 anos
RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • 51% das equipas a quem foi proposta intervenção completaram a mesma; • Apenas 46% considerou importante para a sua prática as questões relativas à “administração de medicação”; • 47% consideraram o mesmo para questões relativas a “drogas e calculo de fluidos”; • 70% considerou-se conhecedor dos temas, 74% considerou-se confiante face aos temas e 68% seguro em relação à administração de medicação. • Num segundo tempo de colheita de dados, estes números aumentaram para 72%, 82% e 74% respectivamente; • 73% considerou as perguntas ambíguas; • 42% sentiu ansiedade ao responder (por eventuais consequências do erro ou por questões informáticas); • 57% da amostra final considerou este teste com impacto para a sua prática.
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> • A administração de medicação é um elemento frequente diariamente em HD; • A competência em medicação não diz respeito apenas a cálculo de dosagens, mas deve incluir a tomada de decisão e competências teóricas e práticas (Sulosaari, Suhonen and Leino-Kilpi, 2010); • Os enfermeiros precisam integrar farmacologia e conhecimentos sobre medicação na sua prática (Choo, Hutchinson and Bucknall, 2010); • O sistema online torna-se um instrumento fácil para este tipo de avaliações.
PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO
<p>COMPETÊNCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demonstração de uma habilidade observada pelo comportamento (Hoffman, 1999);

<ul style="list-style-type: none"> • Mais do que o conhecimento em si, esta inclui valores, atitudes e habilidades que incorporam componentes intelectuais, interativas e psicomotoras (White & Evan, 1991); • A combinação da skills, conhecimento, valores, habilidades que sustentam a efetiva e/ou superior performance num profissional ou área ocupacional (<i>The Australian Nursing & Midwifery Council</i> (ANMC), 2006, p.14).
--

CÓDIGO: 07
AUTOR
Barbara Wilson, Lori Harwood, Abe Oudshoorn
ANO DE PUBLICAÇÃO
2015
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM
Londres
OBJECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar o conceito e determinar se o fenómeno de perpétuo iniciado existe nos enfermeiros de nefrologia, como noutras áreas ou em skills específicas; • Em segundo lugar perceber se os participantes identificam o fenómeno como presente no seu contexto de trabalho.
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros de um dos hospitais selecionados, incluídos independentemente de trabalharem com doença aguda ou crónica, adultos ou pediátricos, desde que o façam há mais de um ano; • Total de 129 enfermeiros foram elegíveis (n final = 41: Clinical Educator (17), Clinical Nurse Specialist (15), Advanced Practice Nurse (7) and Nurse Practitioner (2)); • Todos os que responderam ao questionário (completo) foram convidados a expressar o seu interesse em participar na fase de entrevista – destes foram selecionados 10.
METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> • Métodos exploratórios, sequenciais e mistos são usados, existindo um componente quantitativo seguido de entrevistas.
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Recrutados enfermeiros de dois hospitais universitários de Londres (Ontário e Canadá), desde que desempenhando um dos quatro papéis: Clinical Educator (17), Clinical Nurse Specialist (15), Advanced Practice Nurse (7) and Nurse Practitioner (2); • Os participantes foram primeiro chamados a responder a um questionário social e demográfico e 10 desses participantes foram depois submetidos a entrevista para realçar os resultados dos questionários (45-60m).
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • O fenómeno do perpétuo iniciado existe em múltiplas áreas de cuidado; • Os principais factores identificados para este fenómeno foram: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Oportunidades de educação; ✓ O contexto da aprendizagem;

✓ Motivação pessoal e iniciativa para aprender;
✓ O ambiente cultural da unidade onde os enfermeiros trabalham.
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> • O fenómeno do perpétuo iniciado existe pela combinação de factores pessoais e de contexto ambiental do local onde os enfermeiros desempenham funções; • Os resultados são importantes para direccionar futuras intervenções e identificar (perante líderes) aspectos necessários à criação de ambientes promotores da aquisição e manutenção de competências clínicas para os enfermeiros que trabalham nesses locais.
PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • O fenómeno do perpétuo iniciado é um estado em que os enfermeiros são incapazes de progredir de iniciados a peritos em mais do que uma competência clínica usada na prática; • Manter competências clínicas é essencial à qualidade dos resultados dos cuidados; • Os profissionais devem compreender a importância da atualização de competências para a prática (Canadian Nurses Association, 2004); • Para a prática de uma habilidade/competência é necessário: educação, recursos e oportunidades; • A pesquisa demonstra que alguns enfermeiros continuam a experienciar dificuldade em competências essenciais e são incapazes de avançar de iniciado a perito, mantendo-se no estado de perpétuo iniciado (Wilson et al. 2010, 2013); • Conceito de perpétuo iniciado em enfermeiros de nefrologia: o estado em que os enfermeiros não são capazes de progredir na competência de canulação da FAV, mesmo depois de trabalharem em HD alguns anos (Wilson et al 2010, 2013); • Barreiras identificadas: características dos pacientes, fluxo da unidade, pressão de tempo e limitações impostas pelo modelo atual de prestação de cuidados de enfermagem.

CÓDIGO: 08
AUTOR
Heather Przybyl, Ida Androwich, Jill Evans
ANO DE PUBLICAÇÃO
2015
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM
Estados Unidos da América
OBJECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Descrever um projecto de simulação de alta fidelidade de terapias contínuas para desenvolvimento de conhecimentos, skills e atitudes (KSAs) em enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos; • Descrever o uso de terapias de substituição renal contínua em doentes com LRA; • Discutir o uso da simulação como uma técnica que aumenta os KSAs; • Descrever o uso da simulação de alta fidelidade como uma técnica de aumento de KSAs em enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos

de adultos e que cuidam de pacientes sob terapias de substituição renal contínuas;
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros com pelo menos um ano de experiência em cuidados a pacientes com técnicas contínuas; adultos em unidades de cuidados intensivos; • N= 93 (96%) enfermeiros dos 97 treinados para técnicas contínuas com <i>PrismaFlex</i> num centro médico em Phoenix, Arizona com unidades de cuidados intensivos médicas, cirúrgicas, de trauma, cardiovascular e neurocirurgia;
METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> • Método interventivo com simulação, aplicação de questionários e análise estatística (t-test);
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de áreas de intervenção em técnicas contínuas para identificar áreas de simulação; • Desenvolvimento de cenário de simulação de alta fidelidade; • Aplicação de pré e pós questionário (3 meses pós simulação); • Análise do sucesso de projecto; • Ensino e planeamento de futuras formas de desenvolvimento de competências e KSAs.
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Aproximadamente 1350 dias de técnicas em 2012 (dias cumulativos entre as várias unidades em estudo); • Posterior comparação com igual período em 2013.
RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • 92% respostas questionário pré 87% respostas questionário pós; • Aumento de satisfação, compreensão dos princípios das técnicas contínuas, pensamento crítico e skills de performance (skills +10%, resolução de problemas + 15%); • Aumento de respostas certas do primeiro para o segundo questionário; • 96% de participação nos ambientes de simulação e 92% necessitaram de processos de remediação (ajuda na resolução de problemas); • Satisfação com ambientes de simulação; • Diferenças notadas, comparando números de 2012 e 2013, face à redução de gastos com filtros e manutenção de equipamentos
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> • O estudo demonstra os ganhos em competências com recurso à simulação; • Projecto com potencial para reduzir custos monetários das instituições e custos em saúde, reduzindo taxas de mortalidade; • A percepção do ganho com treino para a prática dos enfermeiros; • Ganhos no conhecimento, confiança e satisfação dos enfermeiros; • A simulação dá oportunidades de prática, de cometer erros e de manter o ambiente seguro, face ao ambiente real com paciente; • O treino dos profissionais é essencial, aumenta o conhecimento e reduz a mortalidade de doentes, aumentando a recuperação face à LRA.
PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • A complexidade das técnicas contínuas e a perda potencial da vida por falência de estratégias de resolução de problemas e por complicações leva à

necessidade de standards na formação contínua de enfermeiros que fazem técnicas contínuas;

- Para manter competências os enfermeiros precisam ser expostos regularmente a doentes sob técnica contínua;
- **SIMULAÇÃO:** é uma técnica e não uma tecnologia, permite repor e ampliar experiências reais que são guiadas e fornecem a natureza imersiva, evocando ou replicando aspectos do mundo real (Dunbar-Reid, Sinclair & Hudson, 2011, p.464);

CÓDIGO: 09
AUTOR
Marta Isabel San Juan Miguelsanz, Sonia Muñoz Pilar
ANO DE PUBLICAÇÃO
2012
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM
Espanha
OBJECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer se nas unidades de nefrologia de Leão e Castela se realiza formação específica aos novos enfermeiros que as incorporam e se estas unidades desenvolveram algum programa específico de formação de enfermeiros.
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> • 25 unidades, das quais foram excluídas 2 por recusa de fornecimento de formação; • N final = 23.
METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> • Estudo descritivo transversal realizado em unidades de nefrologia de hospitais generalistas e centros de HD (públicos e privados) de HD de Leão e Castela.
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • A recolha de dados foi feita por via telefónica, por entrevista aberta aos supervisores de enfermagem; • Segunda recolha, por um entrevistador diferente, para comprovar e validar os dados colhidos no primeiro momento.
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Entre outubro de 2011 e Março de 2012;
RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Em Leão e Castela 61% das unidades de nefrologia realizam formação específica a novos enfermeiros; • Destas, 64% apresentam um programa específico (destacando-se que uma das unidades é hospital e o resto em centros); • Das 23 unidades, 14 (60,86%) realizavam formação específica e 9 (39,13%) não; • Destas 14, 6 eram de hospitais gerais e 8 de centros de HD; • O período de formação oscila entre 2 e 8 semanas, sendo a média 27 dias; • Destas 14, 9 tinham um programa de formação específico; • Destas 9, 8 são centros de HD e 1 é de um hospital geral; • 7 centros têm um programa básico de formação que faz parte do seu sistema

<p>de gestão de qualidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os programas de formação são assegurados por enfermeiros tutores; • As unidades sem programa específico ensinam protocolos de atuação que têm na própria unidade.
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> • A ausência de uma especialidade legislada e com vista a fornecer à sociedade profissionais de enfermagem qualificados para o âmbito laboral; • Em alguns casos, os enfermeiros de nefrologia desenvolveram programas específicos de formação nas próprias unidades, como forma de melhorar a formação; • A competência em enfermagem está muito relacionada com conhecimento; • Alguns autores do estudo referem o contínuo divórcio entre a clínica (assistencial, de gestão e de investigação) e a docência nas universidades; • É importante garantir a adequação das pessoas aos seus postos, o que inclui a qualificação das primeiras, sobretudo aquelas nas unidades especiais onde são precisos profissionais com formação específica para cuidados de qualidade; • Em Espanha, no panorama universitário, não há formação específica em enfermagem nefrológica, o que leva à necessidade de docência interna nas unidades prestadoras de cuidados, proporcionadas por enfermeiros com mais experiência o que leva à eventual necessidade de mais contratação de pessoal especializado para colmatar esta falha; • Este facto leva à existência de programas específicos de formação nas unidades; • A carreira profissional, pela sua natureza, tende a avaliar de forma objetiva um determinado nível de qualidade e competência profissional. Contudo é necessário ampliar a formação pós graduada dos enfermeiros quando estes começam a trabalhar, o que leva, em alguns casos, à existência de programas específicos de formação.
PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • A enfermagem nefrológica desempenha funções em uma área definida de assistência que determina a necessidade de capacitação específica que assegure a qualidade dos cuidados prestados; • Pela ausência de formação pós gradada regulada, a que a maioria dos enfermeiros aprendem realizando cursos de formação continuada, principalmente no seu local de trabalho; • Complexidade clínica e psicológica dos pacientes renais que requerem cuidados de saúde diferenciados; • A garantia de níveis de qualidade e segurança adequados em unidades que contam com tecnologia avançada (unidades de HD); • Vários autores referem a necessidade de formação específica dos enfermeiros de nefrologia; • A formação para a aquisição de conhecimentos, habilidades e valores, ou seja, competências, para desenvolver uma enfermagem ótima em toda a vida profissional; • A formação e a reciclagem na área de nefrologia é a base fundamental para poder oferecer cuidados de qualidade; • Perfil de formação de Díez de Baldeón: “processo de aprendizagem que se desenvolve para a obtenção de aptidão profissional através de um nível de conhecimentos, destrezas e atitudes”.

CÓDIGO: 10
AUTOR
Teresa Matthews, Steve Trenoweth
ANO DE PUBLICAÇÃO
2015
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM
Inglaterra
OBJECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> Explorar a interpretação dos enfermeiros sobre a necessidade das pessoas com condições crónicas e a sua percepção sobre os subseqüente cuidados à pessoa com alteração da função renal.
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiros registados, que trabalham em serviços de nefrologia e com experiência nesta área de, pelo menos, 6 meses; n=10 (enfermeiros com experiência na área entre 6 meses e 16 anos).
METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> Estudo qualitativo de análise de conteúdo de entrevista semi estruturada;
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> A amostra foi colhida com consentimento de comissão de ética A entrevista semi estruturada foi transcrita para posterior análise, identificando-se códigos axiais, temas e categorias.
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Colheita de dados até saturação da amostra.
RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> Tema 1: expectativas de papéis: quando os pacientes são admitidos tornam-se dependentes e querem que o enfermeiro desempenhe o seu papel na doença; a sua condição crónica leva a frequentes admissões o que levanta questões de necessidade de mudanças culturais; os enfermeiros sentem que os pacientes veem a admissão como uma quebra nas suas rotinas e consideram-se em perigo, independentemente do que o profissional possa dizer; Tema 2: perda de confiança: alguns enfermeiros sentem que não têm treino suficiente sobre aspectos da doença renal e tratamento; necessitam de competências específicas para conseguirem desenvolver o papel de autocuidado do próprio paciente; por vezes os enfermeiros sentem que os doentes têm mais conhecimento sobre as condicionantes da sua situação do que eles próprios; Tema 3: conceitos sobre a tomada de risco: autocuidado visto como um processo que envolve risco, o que leva a ser considerado com alguma aversão por alguns enfermeiros; o sentimento de pressão para facilitar o autocuidado; a não segurança influenciada pela falta de tempo; enfermeiros consideram o autocuidado do paciente como uma forma de reduzir também as necessidades extra de trabalho do profissional (reduz a sua carga de trabalho).
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> O autocuidado visto como importante no cuidado às pessoas com condições crónicas que necessitam de suporte, pelos enfermeiros, para poderem trabalhar em colaboração;

<ul style="list-style-type: none"> • O trabalho do autocuidado do paciente, por parte dos enfermeiros, é influenciado pelas expectativas do papel de cuidar, nível de confiança e a assunção do risco por parte dos profissionais; • Enfermeiros consideram que existe uma quebra de conhecimento e competências para suportar o autocuidado, e que o autocuidado tem implicações na saúde e segurança dos doentes renais; • Os enfermeiros precisam de suporte e estratégias educativas para implementação do autocuidado nos doentes renais, suportadas por políticas facilitadoras do conhecimento e de identificação de risco.
PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO

CÓDIGO: 11
AUTOR
Norma J. Gomez, debra Castner, Hazel A. Dennison
ANO DE PUBLICAÇÃO
2011
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM
Estados Unidos da América
OBJECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar o fundamento da definição e avaliação da prática dos enfermeiros de nefrologia.
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável;
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> • A scope de práticas dos enfermeiros de nefrologia descreve ao público e profissionais a natureza desta especialidade de enfermagem; • É baseada em elementos de educação, treino e competências; • Percebendo esta scope os enfermeiros de nefrologia podem defender o seu próprio papel; • Os standards da prática da enfermagem nefrológica são autoridades de deveres dos enfermeiros registados e que os devem desenvolver de forma competente; • Além disso servem de critérios de qualidade dos cuidados; • Existem standards específicos de competências que dependem e só são aplicados em determinadas circunstâncias; • Os enfermeiros de nefrologia devem manter a sua necessidade de constante procura de conhecimentos, skills, crescimento pessoal e integração de experiências aprendidas (Gomez, 2011, p.16);

<ul style="list-style-type: none"> • Os standards mudam e devem ser adequados ao desenvolvimento tecnológico e os enfermeiros de nefrologia são responsáveis por manter a sua atualização e saber como os usar; • Podem ser uma ajuda para enfermeiros iniciados em enfermagem nefrológica, como revisão das orientações da sua especialidade, respondendo ao “o quê” e “como” fazer; • Os standards promovem uma linguagem comum de especialidade e podem ser aplicados em diferentes cenários, equipas (...) promovendo a prática; • Podem clarificar aspectos de ensino e avaliação de competências específicas para enfermeiros que querem desenvolver carreira na área de especialidade.
PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem nefrológica: especialidade direcionada para a proteção, promoção e optimização da saúde e bem estar dos indivíduos com doença renal. Isto é alcançável através da prevenção e tratamento da doença e prejuízo e do alívio do sofrimento do paciente, família e comunidade (Gomez, 2011, p.1).

CÓDIGO: 12
AUTOR
Lindberg M., Lundstrom-Landegren K., Johansson P., Lidén S., Holm U.
ANO DE PUBLICAÇÃO
2012
ORIGEM / PAÍS DE ORIGEM
Suécia
OBJECTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Descrever as competências essenciais relevantes para um profissional de enfermagem nefrológica na Suécia.
POPULAÇÃO DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA
<ul style="list-style-type: none"> • N= 17 enfermeiros; • A escolha foi feita pelo registo de enfermeiros através do website da SNNA e enviados emails de convite a enfermeiros de chefias dos Departamentos de Nefrologia da Suécia; • Para serem elegíveis tinham de ser enfermeiros registados num Departamento de Nefrologia, peritos em enfermagem nefrológica, com um mínimo de 12 meses de experiência na área; • Por enfermeiro perito foi considerado um enfermeiro que demonstra conhecimento extenso em nefrologia e que exerce skills avançados de enfermagem nefrológica e centrados no paciente; • Foi aplicada uma estratégia simples de estratificação para seleção (para um painel com enfermeiros de diferentes áreas de trabalho, experiência e zona geográfica); • Dos 25 enfermeiros registados foram elegíveis 17; • Os elementos do painel tinham experiência profissional entre 3 e 33 anos, 12 deles eram Mestres; • O perito externo de enfermagem nefrológica e os outros dois enfermeiros peritos foram selecionados da <i>Sociedade Nacional de Enfermagem</i>, enquanto os interessados e nefrologistas foram recrutados pela <i>Swedish Kifney Association</i> e pela <i>National Nephrology Association</i>, respectivamente.

METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> • Estudo de Delphi; • Identificação de uma lista inicial de competências do enfermeiro de nefrologia por revisão de literatura e um dia (seis horas) de reunião com todas as áreas da enfermagem nefrológica (56 itens, incluindo higiene, doenças agudas e crónicas renais, nutrição e ética); • Esta lista tinha ainda 39 descritivos de competências.
MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • O processo de verificação, validação e obtenção da lista de core final de competências envolveu: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 4 fases de estudo de Delphi; ✓ Revisão externa por um enfermeiro nefrologista perito e dois enfermeiros peritos; ✓ Uma revisão externa por interessados; ✓ Uma revisão externa por nefrologistas.
DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • 1ª fase: Novembro 2008; • 2ª fase: Janeiro 2009; • 3ª fase: Março 2009; • 4ª fase: Abril 2009.
RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Das 4 fases do estudo de Delphi resultou um core de 43 competências essenciais à profissão de enfermagem nefrológica na Suécia. • O core de competências foi categorizado em 9 áreas de acordo com a sua estrutura: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermagem e ciência médica; ✓ Informação e ensino; ✓ Exames e terapias; ✓ Promoção da saúde e prevenção da doença; ✓ Cuidados paliativos; ✓ Segurança e qualidade; ✓ Cuidados ambientais; ✓ Investigação e desenvolvimento; ✓ Gestão e cooperação no cuidado ao paciente. • Destas áreas emergem as competências.
PRINCIPAIS CONCLUSÕES R/C QUESTÕES DA REVISÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Este core de competências informa os empregadores de enfermeiros e quem trabalha na área sobre quais as expectativas esperadas de um enfermeiro de nefrologia e o seu potencial de crescimento; • Informa também potenciais empregadores sobre a forma como estes skills podem ser usados para maximizar benefícios para os pacientes com falência renal; • Para os responsáveis pela formação de enfermeiros auxilia no tipo de conteúdos e programas que podem ser mais benéficos e necessários para os profissionais; • Como na Suécia não existe uma especialidade formal de enfermagem nefrológica, este documento pode ser usado para desenvolver programas de educação, treino e para desenhar o respectivo currículo.
PRINCIPAIS IDEIAS NO CORPO DE TEXTO

- A enfermagem nefrológica é um área complexa e as 43 competências clínicas e funções profissionais estão altamente conectadas e são interativas na prática;
- Skills e conhecimento são essenciais para conhecer as necessidades do paciente;
- O modelo de Benner não é considerado adequado neste estudo, pois entende-se que as competências descrevem e suportam os enfermeiros de nefrologia a manter skills que os mantenham competentes e assegurem a qualidade dos cuidados;
- Para quem determina currículos estas competências podem ajudar, dando aos seus alunos indicativos daquilo que terão de atingir;
- São também importantes para a investigação;
- Para a intervenção clínica devem-se focar na efetividade para a promoção da saúde e do bem estar dos pacientes com falência renal.

APÊNDICE VI

**Tradução dos quadros de competências do enfermeiro de nefrologia
propostas por Lindberg, M., Lundstrom-Landegren, K., Johansson, P.,
Lidén, S. & Holm, U. (2012)**

Categoria: Enfermagem e ciência médica
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica, descreve, avalia e providencia cuidados de enfermagem adaptados à condição do paciente renal e ao estágio da doença renal; 2. Aplica conhecimentos sobre sintomas específicos e condições que surgem com a doença renal e tratamentos; 3. Previne, corrige e alivia sintomas e complicações relacionadas com o tratamento e/ou que afetam diariamente a vida do paciente e o seu bem estar; 4. Identifica, planeia e assegura cuidados de enfermagem tendo em conta as necessidades psicológicas, sociais e espirituais na situação de vida associada à doença renal aguda ou crónica; 5. Assegura suporte à família; 6. Aplica conhecimentos farmacológicos numa prática segura, administrando e avaliando medicações usadas para diferentes tratamentos da doença renal; 7. Avalia o estado nutricional identificando e minimizando o risco de malnutrição; planeia e implementa intervenções de orientação nutricional; 8. Previne a malnutrição e preserva o bom estado nutricional através do diálogo com o paciente, nutricionista/dietista e médico; 9. Ensina a importância de dieta alimentar nos vários estádios da doença renal; 10. Usa o balanço hídrico para identificar e responder a riscos de desidratação ou sobrecarga hídrica; planeia e implementa intervenções; 11. Capacita o paciente para compreender o seu balanço hídrico, cuidados com a ingestão e a sua compreensão das razões médicas para esse cuidado;
Categoria: Informação e ensino
<ol style="list-style-type: none"> 12. Inicia e implementa o discurso com pacientes de acordo com as suas necessidades; 13. Mobiliza conhecimento e experiências do paciente e/ou família e amigos; dirige-se aos pacientes com doença renal com respeito, sensibilidade e empatia; 14. Identifica a necessidade para e providencia instrução sobre o autocuidado, transmite a sua significância para a prevenção e alívio do desconforto causado pela doença renal ou pelos seus tratamentos; 15. Informa e ensina os pacientes com doença renal e sua família sobre vários métodos de tratamento e opções;

16. Responde a questões do paciente e família sobre a doença e as várias opções de tratamento;
Categoria: Exames e terapias
17. Participa e implementa exames e tratamentos específicos para a doença renal; 18. Participa em procedimentos de diagnóstico e nos cuidados aos pacientes, doadores de rim e pacientes transplantados renais;
Categoria: Promoção da saúde e prevenção da doença
19. Reconhece as necessidades de e implementa cuidados de enfermagem com o objetivo de promoção de mudanças de estilos de vida; 20. Motiva e encoraja os pacientes para se envolverem em processos de atividade física, de acordo com as suas necessidades, em cooperação com o terapeuta físico (fisioterapeuta); 21. Cuida dos acessos de diálise minimizando o risco de complicações; 22. Previne a contaminação e infecção; 23. Salvaguarda os recursos próprios dos pacientes para minimizar o risco de infecção;
Categoria: Cuidados paliativos
24. Presta atenção aos problemas existenciais no discurso com pacientes e família, providencia suporte e orientação; 25. Responde com cuidados de enfermagem em fim de vida; planeia e implementa intervenções para as necessidades físicas, emocionais, existenciais e sociais;
Categoria: Segurança e qualidade
26. Planeia e implementa planos de cuidados de enfermagem; 27. Avalia e reavalia continuamente o plano de tratamento em acordo com o paciente; 28. Revê criticamente indicações e prescrições, questionando o seu sentido; 29. Inicia e participa no desenvolvimento da qualidade; 30. Utiliza dispositivos médicos específicos para o tratamento da doença renal;
Categoria: Cuidados ambientais
31. Identifica e previne riscos no ambiente de trabalho que possam interferir na saúde dos pacientes e prestadores de cuidados; 32. Discute com a equipa potenciais cuidados ambientais e a sua significância

para a saúde e bem estar do paciente;
Categoria: Investigação e desenvolvimento
<p>33. Inicia, participa e implementa investigação na prática clínica;</p> <p>34. Empenha-se em cuidados baseados na evidência de acordo com a investigação mais recente;</p> <p>35. Inicia, participa e/ou conduz investigação e desenvolvimento;</p> <p>36. Avalia operações baseadas em registos de qualidade e guidelines nacionais e internacionais;</p>
Categoria: Gestão e cooperação no cuidado ao paciente
<p>37. Participa no planeamento da equipa e no desenvolvimento pessoal estando atendo a custos;</p> <p>38. Inicia e contribui para a estimulação de um ambiente de trabalho com possibilidade para as equipas se conhecerem, interagirem e refletirem;</p> <p>39. Desenvolve gestão da qualidade e serviços com vista aos avanços no cuidado ao rim;</p> <p>40. Coordena cuidados de enfermagem garantindo a continuidade dos cuidados aos pacientes com doença renal;</p> <p>41. Orienta pacientes e família em problemas relativos a direitos sociais;</p> <p>42. Providencia perícia face à doença renal para outros serviços de cuidados e profissões;</p> <p>43. Orienta e ensina pacientes, família, empregadores, estudantes e outros trabalhadores de cuidados de saúde sobre serviços de cuidado renal e perícia dos mesmos.</p>

APÊNDICE VII

Referências bibliográficas da investigação por metodologia de *Revisão*

***Scoping*: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem**

Nefrológica no Cuidado à Pessoa com Alteração da Função Renal

Australian Nursing & Midwifery Council (ANMC), (2006). ANMC. *National Competency Standards for the Registered Nurses*. Acedido em 12/12/2018. Disponível através do site da organização: <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/search.aspx?q=national+competency+standards+for+++++registered+nurse.>

Beavis, J., Morgan, J., & Pickering, J. (2012). *Testing nursing staff competencies using an online education module*. Renal Society of Australasia Journal, 8(1), 31–36. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=108179404&site=ehost-live>

Gomez, N., Castner, D., Dennison, H., (2011). *Incorporating the Nephrology Nursing Scope And Standards of Practice into Clinical Practice*. Nephrology Nursing Journal, 38 (4), 311-317. Acedido a 5/01/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21928607>

Gomez, N. J., Castner, D., & Hain, D. (2017). *Nephrology Nursing Scope and Standards of Practice: Integration into Clinical Practice*. Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association, 44 (1), 19–26. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29237105&site=ehost-live>

Hoffman, T. (1999). *The meanings of competency*. Journal of European Industrial Training. 23 (6), 275-285. Acedido a 14/03/2019. Disponível em: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/03090599910284650>

Kelly, J., Wilden, C., Chamney, M., Martin, G., Herman, K., & Russell, C. (2016). *Improving cultural and clinical competency and safety of renal nurse education*. Renal Society of Australasia Journal, 12 (3), 106–112. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=119508371&site=ehost-live>

Lamb, P. C., & Norton, C. (2018). *Nurses experiences of using clinical competencies a qualitative study*. Nurse Education In Practice, 31, 177–181. Acedido em 04/01/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.06.006>

Lindberg, M., Lundstrom-Landegren, K., Johansson, P., Lidén, S., Holm, U., (2012). *Competencies for practice in renal care: a national Delphi study*. Journal of Renal Care. 38(2), 69-75. Acedido a 5/01/2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1755-6686.2012.00260.x>

Matthews, T., Trenoweth, S., (2015). *Nurses' perceptions of self-management in renal care*. British Journal of Nursing, 24 (19), 956-961. Doi: [10.12968/bjon.2015.24.19.956](https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.19.956) Acedido em 5/01/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26500125>

Miguelsanz, M., Pilar, S., (2012). *Enfermera Nefrológica: de la formación básica a la formación especialista*. Enferm. Nefrol., 15 (3), 170-175. Acedido em 5/01/2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-

28842012000300003

OE. (2016). *Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise*. Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE. Série 1, número 9. Acedido a 13/03/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBPHemodialise_VF_site.pdf

OE. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20/07/2018. Disponível em http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Julho/Regulam_429_2018.pdf

Przybyl, H., Androwich, I., & Evans, J. (2015). *Using High-Fidelity Simulation to Assess Knowledge, Skills, and Attitudes in Nurses Performing CRRT ... Continuous renal replacement therapy*. *Nephrology Nursing Journal*, 42 (2), 135–148. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103796960&site=ehost-live>

The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / supplement*. South Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido em 02/03/2019. Disponível em: https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

Wilson, B., Harwood, L., & Oudshoorn, A. (2015). *Understanding skill acquisition among registered nurses: the “perpetual novice” phenomenon*. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3564–3575. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.12978>

Windt, K. (2016). *Development of Online Learning Modules as an Adjunct to Skills Fairs and Lectures to Maintain Nurses' Competency and Comfort Level When Caring for Pediatric Patients Requiring Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT)*. *Nephrology Nursing Journal*, 43 (1), 39–46. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=112911272&site=ehost-live>

Wiseman, K. C. (2013). *Nephrology Certification: What Is It?* *Nephrology Nursing Journal*, 40 (3), 241–246. Acedido em 4/01/2019, Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104182978&site=ehost-live>

APÊNDICE VIII

Referências bibliográficas dos artigos que constituíram a amostra final da investigação por metodologia de *Revisão Scoping*: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica no Cuidado à Pessoa com Alteração da Função Renal

Beavis, J., Morgan, J., & Pickering, J. (2012). *Testing nursing staff competencies using an online education module*. Renal Society of Australasia Journal, 8(1), 31–36. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=108179404&site=ehost-live>

Gomez, N., Castner, D., Dennison, H., (2011). *Incorporating the Nephrology Nursing Scope And Standards of Practice into Clinical Practice*. Nephrology Nursing Journal, 38 (4), 311-317. Acedido a 5/01/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21928607>

Gomez, N. J., Castner, D., & Hain, D. (2017). *Nephrology Nursing Scope and Standards of Practice: Integration into Clinical Practice*. Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association, 44 (1), 19–26. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29237105&site=ehost-live>

Kelly, J., Wilden, C., Chamney, M., Martin, G., Herman, K., & Russell, C. (2016). *Improving cultural and clinical competency and safety of renal nurse education*. Renal Society of Australasia Journal, 12 (3), 106–112. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=119508371&site=ehost-live>

Lamb, P. C., & Norton, C. (2018). *Nurses experiences of using clinical competencies a qualitative study*. Nurse Education In Practice, 31, 177–181. Acedido em 04/01/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.06.006>

Lindberg, M., Lundstrom-Landegren, K., Johansson, P., Lidén, S., Holm, U., (2012). *Competencies for practice in renal care: a national Delphi study*. Journal of Renal Care. 38(2), 69-75. Acedido a 5/01/2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1755-6686.2012.00260.x>

Matthews, T., Trenoweth, S., (2015). *Nurses' perceptions of self-management in renal care*. British Journal of Nursing, 24 (19), 956-961. Doi: [10.12968/bjon.2015.24.19.956](https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.19.956) Acedido em 5/01/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26500125>

Miguelsanz, M., Pilar, S., (2012). *Enfermera Nefrológica: de la formación básica a la formacion especialista*. Enferm. Nefrol., 15 (3), 170-175. Acedido em 5/01/2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000300003

Przybyl, H., Androwich, I., & Evans, J. (2015). *Using High-Fidelity Simulation to Assess Knowledge, Skills, and Attitudes in Nurses Performing CRRT ... Continuous renal replacement therapy*. Nephrology Nursing Journal, 42 (2), 135–148. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103796960&site=ehost-live>

Wilson, B., Harwood, L., & Oudshoorn, A. (2015). *Understanding skill acquisition among registered nurses: the “perpetual novice” phenomenon*. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3564–3575. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.12978>

Windt, K. (2016). *Development of Online Learning Modules as an Adjunct to Skills Fairs and Lectures to Maintain Nurses’ Competency and Comfort Level When Caring for Pediatric Patients Requiring Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT)*. *Nephrology Nursing Journal*, 43 (1), 39–46. Acedido em 4/01/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=112911272&site=ehost-live>

Wiseman, K. C. (2013). *Nephrology Certification: What Is It?* *Nephrology Nursing Journal*, 40 (3), 241–246. Acedido em 4/01/2019, Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104182978&site=ehost-live>

APÊNDICE IX

Atividades extra curriculares desenvolvidas durante o período de especialização

➤ Participação na *1ª Reunião Temática de Enfermagem em Cuidados Intensivos: Utilização Racional das Técnicas de Suporte Renal no Doente Crítico.*

Decorreu nos dias 12 e 13 de Outubro de 2018, no Palace Hotel Monte Real, com duração de cerca de 9 horas. Foram discutidos os seguintes temas:

- a. Princípios das Técnicas de Suporte Renal Agudo (TSRA);
- b. Rentabilização das TSRA – Ideal vs. Real;
- c. Conjugação/Rentabilização das Técnicas de Suporte Extracorporal (TSE) – Ideal vs. Real;
- d. Boas Práticas de Higiene e Segurança das TSRA
- e. Formação/Certificação das Equipas sobre TSE – Ideal Vs. Real.

Foi uma atividade que se demonstrou lucrativa face ao trabalho de investigação a desenvolver, no sentido em que várias vezes foi referida a necessidade de desenvolvimento das competências do enfermeiro nos domínios técnico e científico para a execução de TSFR de alto rendimento e eficácia, com satisfação das necessidades do cliente submetido a tratamento.

Veio reforçar a noção da eficácia da formação e certificação do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica e a sua actuação tanto sobre o doente crónico como no doente agudo, corroborando os achados com o estudo de investigação apresentado neste relatório sobre a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Nefrológica no Cuidado à Pessoa com Alteração da Função Renal.

Seguidamente apresenta-se o programa do respetivo evento.

Local:

Palace Hotel Monte Real
RUA DE LEIRIA,
2425-039 MONTE REAL

Telf. +351 244 618 900

Coordenadas de GPS:

LAT: +39° 51' 5.15'
LON: -8° 52' 1.87'

Televoto:



Contactos:

Ana Isabel Pereira

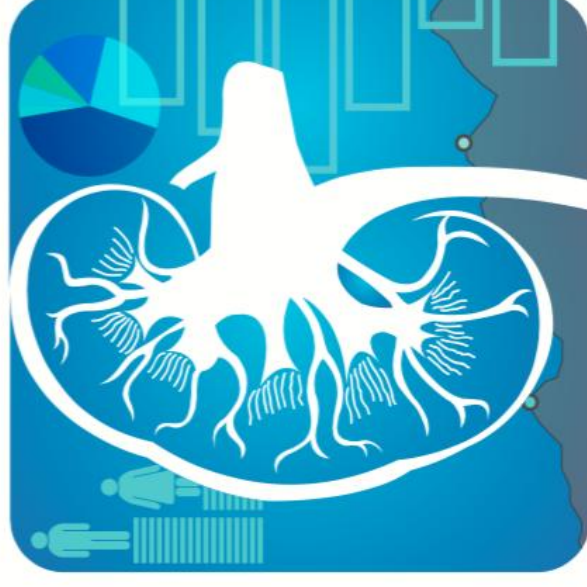
Telf : 229 438 280
Email: ana.pereira@fmc-ag.com

Organização:



1ª Reunião Temática de Enfermagem em Cuidados Intensivos

Utilização Racional das Técnicas de
Suporte Renal no Doente Crítico



Palace Hotel Monte Real
12 e 13 de Outubro 2018

A execução de Técnicas de Suporte Renal Agudo (TSRA) / Técnicas de Suporte Extracorporeal (TSE) em ambiente de Medicina Intensiva enquadra-se numa abrangente e complexa realidade clínica e operacional.

As TSRA / TSE caracterizam-se por um conjunto alargado de aspectos técnicos/clínicos, os quais podem influenciar directamente a eficácia terapêutica das mesmas.

Perceber as razões que caracterizam as diferentes opções técnicas / clínicas em termos de TSRA / TSE, adoptadas pelas diferentes Unidades de Cuidados Intensivos, constitui uma oportunidade única para incrementar o conhecimento sobre as mesmas.

Tem sido preocupação constante da Fresenius Medical Care contribuir para o incremento da proficiência sobre as TSRA / TSE, nomeadamente através da organização de eventos que promovam o debate sobre este assunto.

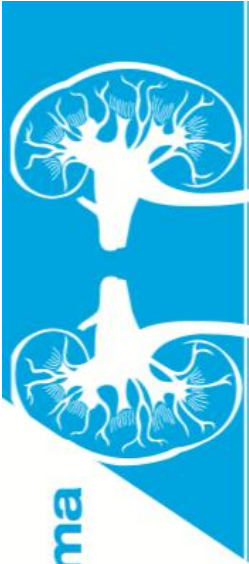
Neste sentido, temos o prazer de o convidar para uma reflexão conjunta sobre as temáticas acima referidas, com a certeza de que o contributo de todos irá certamente enriquecer o conhecimento generalizado sobre as TSRA / TSE.

Contamos consigo. Até breve.

Fresenius Medical Care Portugal
Direcção de Vendas e Marketing



Programa



12 de Outubro

20h00 | Jantar

13 de Outubro

9h00 – 9h15 | Boas Vindas | Eng.^a Joana Neves - F.M.C. Portugal

9h15 – 10h30 | Princípios das TSRA | Enf.^a Sónia Rocha - U.L.S.Matosinhos

Questionário - Televoto

10h30 - 11h00 | Coffee Break

11h00 – 12h00 | Rentabilização das TSRA - Ideal vs. Real
Enf.^o José Sempere - C.H.L.Ocidental, Enf.^a Carol Pinto - C.H.S.João

Questionário - Televoto

12h00 – 13h00 | Conjugação/Rentabilização de TSE - Ideal vs. Real
Enf.^o Anselmo Madureira - C.H.Porto, Enf.^o Mário Branco - C.H.S.João

Questionário - Televoto

13h00 - 14h30 | Almoço

14h30 – 15h30 | Boas Práticas de Higiene e Segurança das TSRA

- Ideal vs. Real

Enf.^o José Pedro - H. da Luz Arrábida, Enf.^o Fernando Alves - C.H.V.N.Gaia Espinho

Questionário - Televoto

15h30 – 16h30 | Formação/Certificação das Equipas sobre TSE - Ideal vs. Real

Enf.^o Paulo Baltazar - C.H.L.Central, Enf.^o Álvaro Silva - C.H.U.Algarve

Questionário - Televoto

16h30 - 16h45 | Conclusões /Encerramento da Reunião Temática

Eng.^o Sérgio Neto - F.M.C. Portugal

➤ Participação nas ***Jornadas de Enfermagem Nefrológica***

Decorreu no dia 15 de Outubro de 2018, nas instalações da ESEL - pólo Artur Ravara, com duração total de cerca de 8 horas. Foram abordados os seguintes temas:

- a. Impacto da formação na prática clínica e no percurso profissional;
- b. As novas tecnologias nos cuidados à pessoa em Diálise Peritoneal: diferentes paradigmas;
- c. A pessoa com Doença Renal Crónica em programa de Diálise Peritoneal;
- d. Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica em Diálise Peritoneal;
- e. Exaustão do cuidador do doente em programa de Diálise Peritoneal;
- f. A intervenção do enfermeiro no ensino da pessoa em diálise peritoneal;
- g. Pré-diálise e Lesão Renal Aguda;
- h. Promoção do Autocuidado no cliente com Doença Renal Crónica em fase de pré-diálise;
- i. Cuidados paliativos à pessoa com DRCT;
- j. Prevenção da Lesão Renal Aguda em Unidades de Cuidados Intensivos;
- k. A pessoa com Doença Renal Crónica em programa de Hemodiálise;
- l. A fadiga nos doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise;
- m. Diagnósticos de Enfermagem no doente renal crónico;
- n. Precauções básicas de controlo de infeção na sala de hemodiálise: papel do enfermeiro especialista.

Esta atividade permitiu compreender a vasta área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem nefrológica, bem como conhecer alguns dos trabalhos de enfermeiros durante o seu processo de especialização.

- Apresentação de uma formação em serviço (no âmbito do contexto laboral do estudante) sobre *Técnicas dialíticas: UCI – Princípios e Cuidados de Enfermagem*.

Esta sessão decorreu no dia 10 de Dezembro de 2018, fazendo parte integrante do plano de formação da respetiva unidade, a saber, UCI do Hospital da Luz Lisboa.

Uma vez que a equipa considerou a necessidade de formação sobre técnicas dialíticas, nomeadamente pela recente contratação de profissionais com pouca experiência, e sendo o estudante o único elemento em processo de especialização em nefrologia, foi pedida pela chefia uma formação sobre princípios físicos e técnicas, com vista à dissipação de dúvidas sentidas, principalmente, pelos elementos mais novos.

Nesse mesmo dia foram convidados enfermeiros de outras instituições para apresentarem sessões sobre acessos vasculares e técnica de plasmaferese.

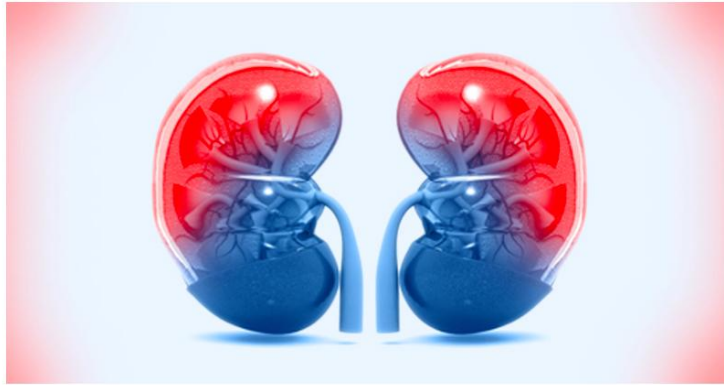
Desta formação não decorreu nenhum processo de avaliação formal, tendo existido, no fim da mesma, um momento de partilha entre preletores e assistência. Contudo, destaque-se o feedback positivo de todos os participantes com convite para novas apresentações sobre estas temáticas e outras dentro da área da nefrologia.

A considerar que este convite surge também como reconhecimento de especialização do estudante, por parte da equipa, podendo-se constituir como um elemento de referência, como aliás foi analisado neste relatório face ao preconizado pela OE.

Seguidamente apresentam-se os diapositivos apresentados pelo estudante na respetiva formação em serviço.

Técnicas dialíticas

UCI – Princípios e Cuidados de Enfermagem



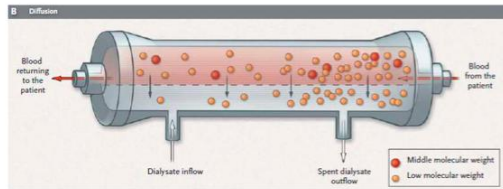
Luís Sá (20073)
Dezembro de 2018

Objetivos da sessão:

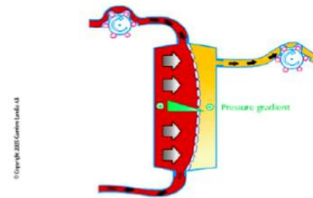
- Reconhecer os princípios físicos utilizados em diálise;
- Reconhecer os elementos utilizados nas técnicas dialíticas;
- Reconhecer as características das TSFRC;
- Identificar os principais CE ao cliente sob TSFRC.

Princípios físicos em diálise:

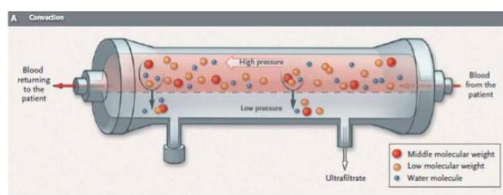
- DIFUSÃO



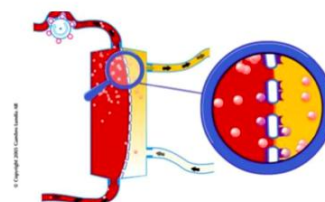
- ULTRAFILTRAÇÃO



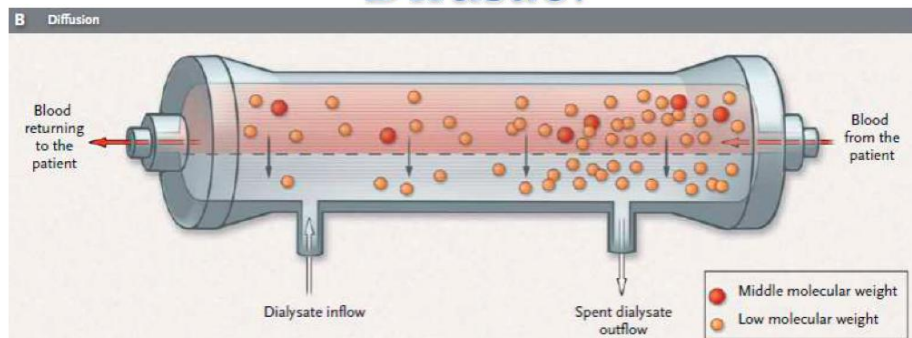
- CONVECÇÃO



- ADSORÇÃO

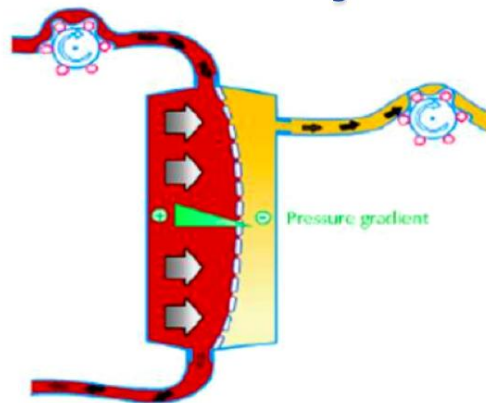


Difusão:



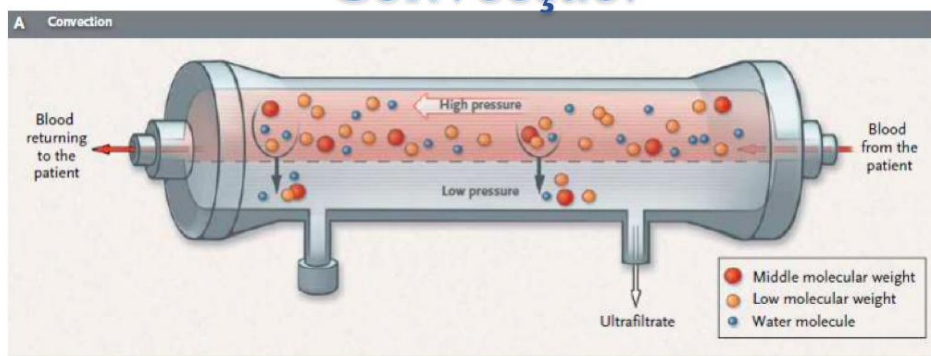
- Passagem de pequenas moléculas (soluto), através de uma membrana semipermeável, do meio mais concentrado (sangue) para o meio menos concentrado (dialisante/banho).
- Gradiente de concentração.

Ultrafiltração:



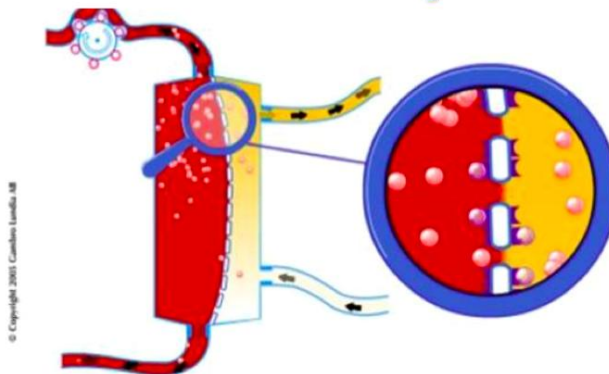
- Transporte de água do lado de maior pressão (sangue) para o de menor pressão.
- Gradiente de pressão.

Convecção:



- Transporte/ arrastamento de solutos através de uma membrana, por ação do movimento de fluidos.
- Gradiente de Pressão: pressão transmembranar (PTM).

Adsorção:

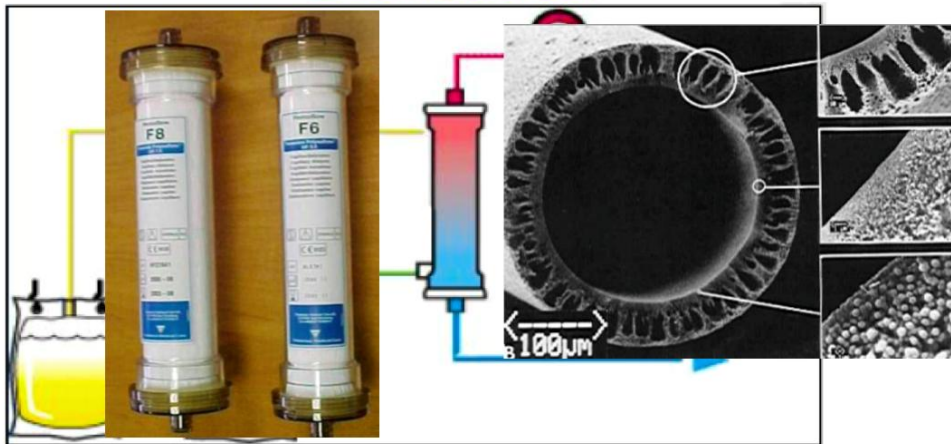


- Aderência de solutos à membrana do dialisador.
- A adsorção de moléculas médias (como os mediadores inflamatórios) é superior nas primeiras horas, até se atingir a saturação da membrana.

Elementos base:



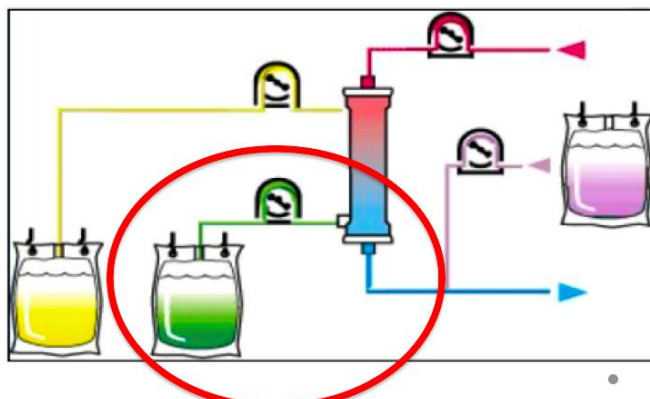
Dialisador:



- É o rim da técnica, com possibilidade de provocar reação;
- Biocompatibilidade e características trombogénicas.

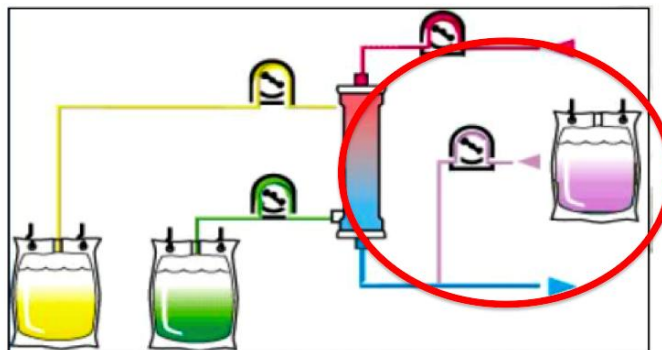
Dialisante:

- O movimento de solutos é feito por gradiente de concentração, por isso precisamos de uma solução dialisante que restabelece, também, o equilíbrio ácido-base (solução tampão).



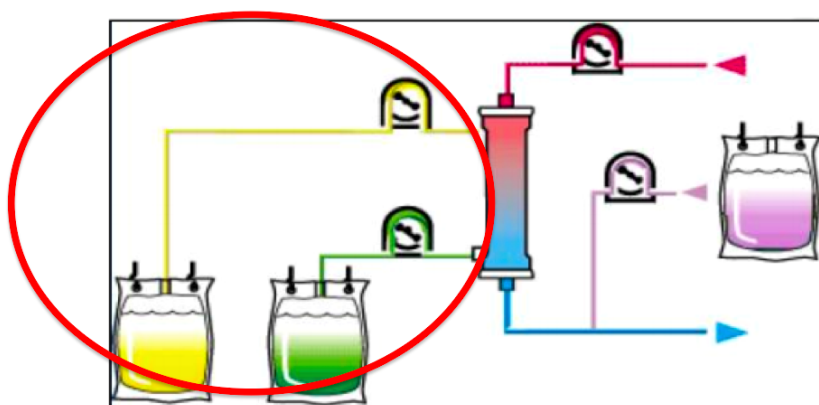
Líquido de reposição/substituição:

- Compensatório do excesso de líquido perdido por ultrafiltração e por convecção.
- Líquido de substituição/reposição: volume infundido é equivalente ao volume total de UF obtido menos a perda de líquido necessária para o doente.



Efluente:

- Equivalente à urina – excreção de produtos.



Anticoagulação:

- Necessária para impedir a coagulação do sangue no CEC.
- Pode ocorrer de duas formas:
- **SISTÉMICA:** anticoagulação contínua com bomba de heparina;
- **REGIONAL:** restrita ao CEC, utilizando Citrato e compensada com Cálcio - Ca^{2+} .
- Considerar indicações e contra-indicações.

Tipos de Técnica:

- **Intermitentes:** Hemodiálise e SLED
- **Contínuas:** HFVVC, HDFVVC, HVVC, SCUF

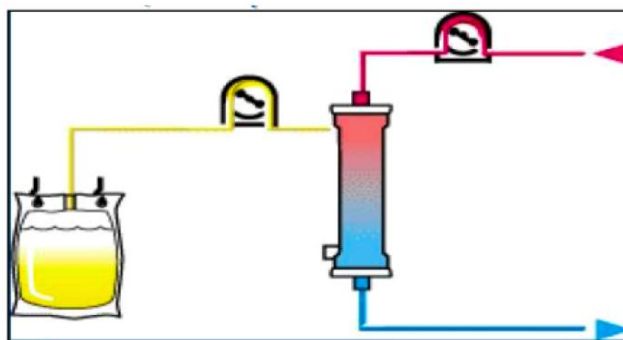
Técnicas Contínuas:

- Princípio físico:
- Se **convecção** – **Hemofiltração (H)**;
- Se **difusão** – **Hemodiálise (HD)**;
- Se é uma associação entre **convecção** e **difusão** – **Hemodiafiltração (HDF)**



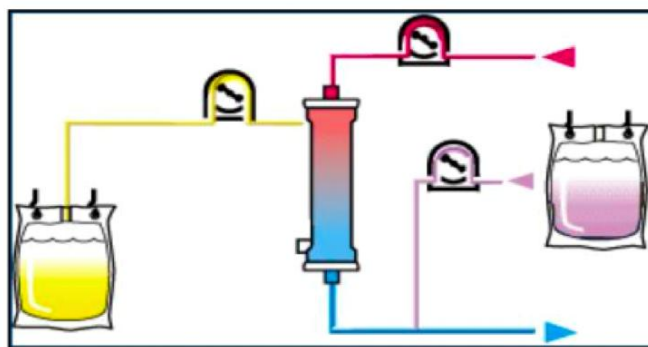
SCUF – UF lenta contínua:

- Retirar apenas volume;
- Sem uso de solução de dialisante;
- Sem uso de solução de reposição;
- Indicações: hipervolemia (ICC, LRA), refratários ao uso de diuréticos, inotrópicos e vasodilatadores.



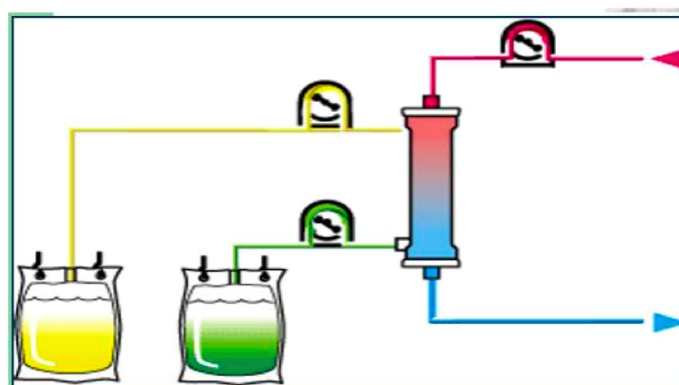
Hemofiltração Venovenosa Contínua:

- Solução de dialisante não utilizada;
- Membrana de alta permeabilidade – remoção de moléculas – convecção;
- Necessita de solução de reposição;
- Indicações: sepsis, hipervolemia, Hipertensão Intracraniana, Queimados.



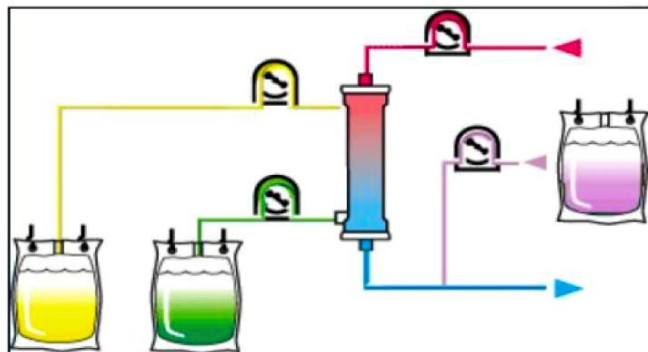
Hemodiálise Venovenosa Contínua:

- Utilização de solução de dialisante no dialisador/filtro;
- Mecanismo de contracorrente.
- Indicações: urémia, distúrbios ácido-base e hidroelectrolítico.



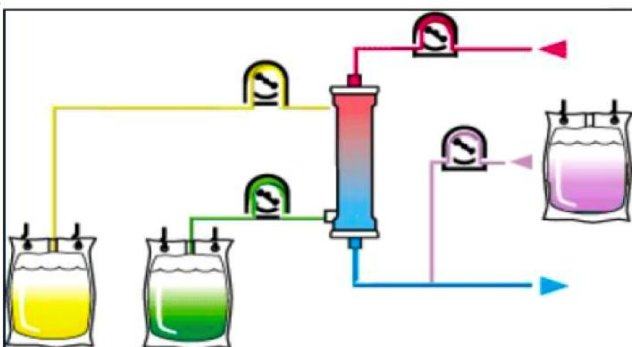
Hemodiafiltração Venovenosa Contínua:

- Remoção de solutos por convecção e difusão;
- Utiliza solução dialisante e de reposição.
- Aumenta a eficácia da técnica – a mais completa.
- Indicações: LRA, doentes com elevado grau de catabolismo proteico e grande volume de distribuição de ureia (septicos e queimados).



Reposição pré ou pós filtro?

- Pré filtro: reduz eficácia da técnica depurativa mas evita a coagulação;
- Pós filtro: técnica depurativa mais eficaz mas aumenta a pressão no dialisador.



Cuidados de Enfermagem:

- Montagem e manutenção do circuito;
- Verificação das condições do acesso, do dialisador, do sistema em geral e da anticoagulação;
- Monitorizar e controlar aspectos do cliente:
- Hipotermia;
- Hipoglicémica;
- Caimbras;
- Mal estar geral.



Questões?

- Obrigado!!!



